



**UNIVERSIDADE DO MINHO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO  
ANO LETIVO 2016/2017 – 4.º ANO**

**Autor: Dilva Sousa Fortes, N.º 3085**

**Mindelo, junho de 2017**



Trabalho de Conclusão Curso apresentado à Universidade do Mindelo tendo como requisitos a obtenção do título de Licenciatura em Enfermagem.

**“Assistência de Enfermagem a Utente com Insuficiência Renal Crónica”**

**Discente:** Dilva Sousa Fortes, N.º 3085

**Orientador:** Enf.º Nivaldo Castro

Mindelo, junho de 2017

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho aos meus pais, principalmente aos meus irmãos César Sousa e Dilza Sousa que fizeram de tudo para que eu chegasse até aqui.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus por me dar força.

Agradeço em especial aos meus pais e irmãos pelo apoio que me deram durante a formação.

Agradecimento ao Orientador Nivaldo Castro, Professora Jericia Duarte e Suely Reis pelo apoio e dedicação.

Agradecimentos a todos os meus Docentes que compartilharam as suas experiências e conhecimentos durante o meu processo de aprendizagem.

Muito obrigado a toda a equipe de enfermeiros do Serviço de Medicina do Hospital Baptista de Sousa.

E por último agradeço a todos àqueles que me apoiaram durante todo este percurso académico.

## **Epígrafe**

*“A função específica da enfermeira é assistir o indivíduo, doente ou são, na realização das atividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou para a morte pacífica) e que ele executaria sem ajuda, se para isso tivesse a necessária força, vontade ou conhecimento, e fazer isso de modo a ajuda-lo a ganhar a independência o mais rapidamente possível”.*

Virgínia Henderson (1966)

## **Resumo**

A Assistência de Enfermagem a Utente com Insuficiência Renal Crónica é um trabalho realizado no âmbito da conclusão do curso de enfermagem para obtenção do grau de licenciatura, tendo como objetivo analisar o contributo dos enfermeiros do Serviço de Medicina do Hospital Baptista de Sousa (HBS) para a melhoria da saúde do utente com insuficiência renal crónica.

A insuficiência renal crónica (IRC) é uma patologia que afeta milhares de pessoas de a nível mundial, e Cabo Verde não foge a regra, em que o número de casos tem vindo a aumentar, abrangendo indivíduos de todas as faixas etárias. E trata-se de uma patologia que acarreta custos elevados para o sistema de saúde.

Uma adequada assistência de enfermagem ao utente com insuficiência renal crónica contribui para minimizar o sofrimento e melhorar sua a qualidade de vida. O referido trabalho apoia-se no estudo qualitativo, descritivo, exploratório de carácter fenomenológico, cujo método da recolha de informações é entrevista semiestruturada abrangendo uma população alvo constituída por 7 enfermeiros do Serviço de Medicina do HBS. O tratamento dos dados foi efetuado através da análise de conteúdos, onde foram retirados algumas considerações importantes.

Os resultados apontam que os enfermeiros do Serviço de Medicina têm uma noção nítida do que é IRC, o que os orienta de forma positiva na prestação dos cuidados aos doentes e que a prestação de cuidados dos enfermeiros para com os utentes com IRC é satisfatória, apesar do número de enfermeiros naquela unidade ser insuficiente, o que influencia o tempo disponibilizado para dar respostas as demandas dos utentes. Ainda, as carências estruturais, o desconhecimento da doença e atitudes não adequadas por parte dos utentes são apontados como limitações que condicionam a prestação dos cuidados de enfermagem.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem, Insuficiência renal Crónica

## **ABSTRATCT**

The "Nursing Assistance to Patient with Chronic Renal Insufficiency" is a work carried out in the scope of the conclusion of the nursing course to obtain a bachelor's degree, aiming to analyze the contribution of the nurses of the Baptist Hospital de Sousa (HBS) ) For improving the health of patients with chronic renal failure.

Chronic renal failure is a pathology that affects thousands of people worldwide, and Cape Verde does not escape the rule, in which the number of cases with this disease has been increasing, covering individuals of all ages. Moreover, this pathology entails high costs for the health system.

An adequate nursing care for patients with chronic renal failure contributes to minimizing suffering and improving their quality of life.

This work is based on the qualitative, descriptive, exploratory study of phenomenological character, whose method of data collection is a semi-structured interview covering a target population of seven nurses from the HBS Medical Service.

The treatment of the data was carried out through content analysis, where they have achieved some important considerations.

With the results revealed by the survey it was found that the nursing care provided to patients with chronic renal failure is satisfactory. Although the number of nurses in that unit is insufficient.

The results indicate that the nurses of the Medical Service have a clear notion of what is IRC, which guides them in a positive way in the provision of care for patients.

Therefore, nurses' care for patients with IRC is satisfactory, although the number of nurses in that unit is insufficient. This limitation has a negative impact on the response time according to patient care.

Still, structural deficiencies, lack of knowledge about the disease and inadequate attitudes on the part of the patients are pointed as limitations that condition the delivery of nursing care.

**Keywords:** Nursing Care, Chronic Renal Failure



Índice	
INTRODUÇÃO.....	14
Justificativa e Problemática.....	15
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	20
1 - Enquadramento Teórico .....	21
1.1 - Anatomia do Rim .....	21
1.2 - Localização do Rim.....	22
1.3 - Fisiologia.....	23
1.4 - Tipos de Insuficiência Renal .....	24
1.4.1 - Insuficiência Renal Crónica .....	25
1.5.2 - Etiologia da Insuficiência Renal Crónica.....	26
1.6 - Classificação da insuficiência renal crónica.....	27
1.7 - Manifestações clínicas .....	28
1.8 - Fatores de Riscos.....	29
1.9 - Complicações da insuficiência renal crónica .....	30
1.10 - Diagnóstico e Exames Laboratoriais.....	31
1.11 - Tratamento IRC.....	32
1.12 - Fatores que influenciam adesão ao tratamento .....	34
1.13 - Teoria de Enfermagem de Virgínia Henderson centrada na Insuficiência Renal Crónica .....	36
1.14 - Assistência de Enfermagem a Utente com IRC .....	39
1.14.1 - Princípios que orientam a prática de enfermagem .....	40
1.14.2 - Diagnósticos e intervenções de enfermagem (NANDA e NIC) para o utente com IRC. ....	41
CAPÍTULO II- FASE METODOLÓGICA .....	44
2 - METODOLOGIA DA PESQUISA .....	45
2.1 - Tipo de pesquisa.....	45
2.2 - Instrumento de Recolha de informações .....	46
2.3 - População alvo .....	46
2.4 - Campo Empírico .....	47
2.5 - Princípios Éticos.....	48

CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA .....	49
3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	50
3.1 - Apresentação dos dados da entrevista.....	51
3.2 - Conclusão dos resultados .....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	60
Propostas.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	62
APÊNDICES .....	68

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1. Dados recolhidos no HBS no Serviço de Medicina no período de 2012 a 2016 referentes ao internamento de diagnóstico associado a IRC (CID-10 N18).....	17
Tabela 2. Óbitos por insuficiência renal crónica anos de 2012 a 2016 (CID-10 N18). ....	188
Tabela 3. Características dos enfermeiros entrevistados no Serviço de Medicina do HBS .....	50
Tabela 4. Categoria e subcategoria das entrevistas .....	51

## **Lista de Figuras**

Figura 1 - Estrutura do Rim.....	22
----------------------------------	----

## **Lista de Siglas**

**CIT** - Citado

**DM** - Diabetes *Mellitus*

**DR** - Doença Renal

**DRC** - Doença Renal Crónica

**DRT** - Doença Renal Terminal

**HBS** - Hospital Baptista de Sousa

**HTA** - Hipertensão Arterial

**IRA** - Insuficiência Renal Aguda

**IRC** - Insuficiência Renal Crónica

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PNDS** - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

**SNS** - Sistema Nacional de Saúde

**TAC** - Tomografia Axial Computorizada

**TFG** - Taxa Filtração Glomerular.

**PH**- Potencial hidrogénio iónico

## INTRODUÇÃO

O referido trabalho, surge no âmbito da conclusão do curso de licenciatura em enfermagem a fim de adquirir conhecimentos aprofundados acerca da temática em estudo a partir de um trabalho de investigação científica.

No presente estudo é abordado o tema que se intitula Assistência de enfermagem a utentes com IRC. A escolha do tema surge a partir das constatações de casos de insuficiência renal crónica que actualmente atinge indivíduos em todas as faixas etárias, e essa patologia tem-se tornado um problema de saúde pública devido ao aumento da sua incidência ao longo dos últimos anos. Assim um trabalho apoiado numa investigação científica favorece um suporte teórico de modo a contribuir para uma melhor assistência aos utentes com essa patologia.

Sendo o enfermeiro o profissional que está mais próximo do utente torna-se necessário conhecer essa doença, afim de primorizar os cuidados para com o utente. É de realçar a pertinência do tema, que aborda uma patologia que ainda não pode ser tratada em todas as estruturas de saúde do país.

No que tange à estrutura do trabalho, este encontra-se estruturado em três capítulos. Primeiramente a fase conceptual, abrange os principais conceitos chave sobre a temática. A segunda fase, referente a metodologia apresenta o percurso metodológica explanando a abordagem utilizada durante o processo de investigação, o instrumento de recolha de informações e aspeto relacionados com a amostra da população em estudo.

E a terceira é a fase empírica, sendo que esta fase apresenta o tratamento, análise e os resultados no decorrente da investigação. O trabalho é finalizado com apresentação das considerações finais, sugestões para futuras investigações científicas, referências bibliográficas e anexos.

É de salientar que o trabalho foi redigido em concordância com as normas do conselho científico da Universidade do Mindelo e do novo acordo ortográfico.

## **Justificativa e Problemática**

O intuito para desenvolver um trabalho neste âmbito prende-se com as meditações feitas no contexto dos ensinamentos clínicos, da necessidade de conhecer mais sobre o tema e desenvolver aptidões que serão essenciais na vida futura, visto que a IRC neste momento é uma das principais causas do internamento e um problema de saúde pública que pode afetar crianças, adultos e tende a aumentar a cada ano. Pelo que há uma necessidade de aprofundar conhecimentos nessa área de modo a contribuir para a melhoria da saúde desses utentes.

A IRC é uma patologia degenerativa, renal, destaca-se dentro das principais doenças que causam a obstrução do trato urinário por cálculos, sequelas de pielonefrites, constituindo um sério problema de saúde pública, por ser responsável por internações hospitalares repetitivas, aumento da taxa de mortalidade e com custos elevados nos tratamentos (Seeley *et al*, 2008).

É necessário realçar a relevância da assistência de enfermagem a utente com IRC, pois essa assistência é primordial para esses utentes que apresentam fragilidade psicológica e baixo auto estima, devido à condição em que se encontram. É nessa fase que ingressa a função de enfermagem na assistência ao utente com IRC, ensina-lo a lidar e aceitar a nova condição de vida.

Os indivíduos com essa patologia necessitam de uma assistência multiprofissional com o objetivo de maximizar a função renal, prevenir infeções e controlar complicações. O profissional de enfermagem é responsável pelos cuidados, na totalidade e de forma contínua, ao utente, desde o seu estado mais estável ao mais crítico.

A IRC manifesta quando os nefrônios lesados estão elevados, entre outros factores de riscos, no aparecer de (Mira 2017, p.8) nos diz que “o aumento progressivo de patologias, como a diabetes e a hipertensão arterial (HA), a história familiar de doenças renais e o envelhecimento da população são factores determinantes para o aumento da incidência e prevalência da doença renal (DR) ”.

A cada ano há um aumento de casos de IRC nos países europeus, ou seja em todo o mundo. Desta forma, Monahan *et al* (2007, p. 1040) enfatizam que “a IRC mantém-se um problema de saúde significativo nos E.U.A. onde, mais de 300.000 pessoas têm doença renal terminal (DRT) e este número aumenta todos os anos em 7%. A doença pode afetar pessoas de todas as idades, mas a incidência máxima verifica-se entre os 20 e os 64 anos de idade”.

Acrescenta ainda Sands *et al* (1995, p. 278) que “a IRC é um problema importante, causando cerca de 60.000 mortes em cada ano e deixando mais de 200.000 dependentes, para toda a vida, da diálise.”

De acordo com os dados relatados pelo Ministério de Saúde em Portugal (2010) é de salientar que taxa de mortalidade dos utentes em tratamento por hemodiálise no mesmo ano, no referido país é de (13,2%) seja um valor dentro dos melhores resultados a nível dos registos verificados na Europa, 84% das mortes sucederam em idades maior que 65 anos de idade.

Segundo o Portal da Diálise (2015), a Sociedade portuguesa de Nefrologia afirma que “todos os anos surgem cerca de dois mil novos casos. Actualmente existe mais de 18 mil portugueses a fazerem tratamento de substituição da função renal.

Em relação aos dados estatísticos do inquérito realizado no Brasil (2014), o número estimado de utentes inscritos em fila de espera para transplante era de 32.499, correspondendo a uma percentagem de 29%. O número apreciado de óbitos no mesmo ano foi de 21.281, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 19,0%.

Os dados estatísticos do Ministério de Saúde de Cabo Verde (2011) a IRC é a terceira causa de evacuação Médica e com a incidência a aumentar em Cabo Verde. Ainda o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Cabo Verde (PNDS) (2011) salienta que, é necessário desenvolver um conjunto de medidas que consintam em antecipar e tratar as causas e fatores desencadeantes, com vista a reduzir a sua incidência e retardar a sua progressão irreversível.

O sistema nacional de saúde (SNS) exige soluções para as doença não transmissíveis em Cabo Verde que tendem a aumentar de forma considerável no que



tange ao internamento como a IRC, hipertensão, diabetes, entre outros que devem beneficiar de uma intervenção prioritária (PNDS, 2012-2016).

Em relação à ilha de São Vicente, segundo os dados estatísticos recolhidos no Hospital Baptista de Sousa (HBS) no período de 2012 a 2016 foram registados inúmeros casos de internamento de utentes com diagnóstico associado a IRC (CID-10 N18).

**Tabela 1.** Dados recolhidos no HBS no serviço de medicina no período de 2012 a 2016 referentes ao internamento de diagnóstico associado a IRC (CID-10 N18).

Ano	Sexo feminino	Sexo masculino	Idade sexo feminino	Idade sexo masculino	Total de internados
2012	17	22	Num intervalo de: 22 a 81anos	Num intervalo de: 26 a 81 anos	39 Internados
2013	16	22	18 a 83 anos	36 a 88 anos	38 Internados
2014	15	20	17 a 85 anos	28 a 88 anos	35 Internados
2015	12	17	48 a 83 anos	1 a 86 anos	29 Internados
2016	10	21	49 a 87 anos	25 a 86 anos	31 Internados

**Fonte:** Elaboração própria

De acordo com a tabela 1, do ano 2012 a 2015 houve uma diminuição de casos de internamento por IRC no HBS. Porém do ano 2015 para 2016 constatou-se um ligeiro aumento de dois casos.

Essa patologia foi verificada mais em indivíduos do sexo masculino, durante o período em estudo (2012 a 2016). Também pode-se constatar que essa doença atinge pessoas em qualquer faixa etária.

Ao recolher dados sobre as causas de internamento por insuficiência renal no HBS, estes não foram facultados pelo serviço de estatística do referido hospital, alegando falta do preenchimento dos processos clínicos.

**Tabela 2.** Óbitos por insuficiência renal crónica anos de 2012 a 2016 (CID-10 N18).

Ano	Sexo feminino	Sexo masculino	Idade sexo feminino	Idade sexo masculino	Total de Óbitos
2012	4	3	44 a 79 anos	63 a 86 anos	7
2013	2	5	75 a 83 anos	58 a 83 anos	7
2014	3	0	39 a 78 anos	0	3
2015	1	3	80 anos	41 a 86 anos	4
2016	0	3	0	48 a 86 anos	3

**Fonte:** Elaboração própria

Na tabela 2, constate-se que no período entre 2012 a 2016 verificou-se mais óbitos do sexo masculino do que o sexo feminino, prevalecendo em indivíduos que se situam entre a faixa etária dos 39 aos 86 anos de idade. O número de óbitos (7) manteve-se constante nos anos de 2012 e 2013, com uma diminuição de sete para 3 óbitos em 2014, porém registou-se um ligeiro aumento em 2015, sendo que o número de óbitos em 2016 teve um decréscimo. O que nos leva a concluir que o número de óbitos por IRC verificado no HBS tende a oscilar.

A IRC é uma patologia irreversível porem, pode ser prevenível, uma vez que a sua principal etiologia é derivada de maus hábitos e estilo de vida inadequado. Neste sentido, o enfermeiro pode trabalhar em conjunto com toda a equipa de saúde na promoção e prevenção dessa doença que é responsável por vários problemas a nível familiar, pessoais e sociais, uma vez que acarreta enormes custos para o sistema de saúde, assim como para os familiares.

O enfermeiro ao cuidar de um utente com IRC tem que ter um método de instrução para ajudá-lo na sua nova condição de vida para o autocuidado e contribuir para a harmonia emocional do utente e da sua família, proporcionando melhor qualidade de vida (Hesbeen, 2000).

Gritem e Meyer, (2006, p.15), enfatizam que:

“Dentre as competências da enfermeira, a orientação é um cuidado de enfermagem imprescindível que pode assegurar o bem-estar e a adequação do paciente á sua condição de saúde, seja ela temporária e caracterizada pelas

alterações orgânicas que compreendem os períodos pré, trans e pós operatórios ou permanente, representada pelas limitações que o procedimento cirúrgico gerou. Para tanto a enfermeira necessita conhecer o paciente, buscar obter informações que possibilitarão detetar problemas ou alterações relacionadas aos seus aspetos bio-psico-sócio espirituais e assim poder diagnosticar, planejar e avaliar a assistência de enfermagem a ser prestada”.

Para alcançar os resultados esperados no âmbito da realização do trabalho, surge os seguintes objetivos:

**Objetivo geral:**

- Analisar o contributo dos enfermeiros do serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa para a melhoria da saúde do utente com insuficiência renal crónica.

**Objectivos específicos:**

- Identificar intervenções de enfermagem ao utente com Insuficiência renal crónica prestadas pelos enfermeiros do serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa;
- Descrever as dificuldades dos enfermeiros do serviço de medicina na prestação dos cuidados aos utentes com insuficiência renal crónica;
- Verificar a importância da atuação do enfermeiro do serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa nos cuidados ao utente com insuficiência renal crónica.

## **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1 - Enquadramento Teórico**

Neste presente capítulo pretende-se alvejar alguns elementos conceptuais aliados ao tema. A insuficiência renal crónica (IRC) é a consequência de longo prazo de agressões ao rim, sendo caracterizado pela substituição do tecido renal normal por nódulos de tecido fibroso. Para melhor entendermos a insuficiência renal é essencial definir conceitos principais para o tema em questão, tal como a anatomia e fisiologia do rim.

### **1.1 - Anatomia do Rim**

Não se pode falar da insuficiência renal crónica sem antes conhecer a sua definição e localização, sendo que, esta patologia atinge o rim e traz consequência danosas para o utente.

Segundo Seeley (2008), o rim é um órgão excretor presente nos seres vivos vertebrados, a essencial função é a produção de urina e eliminação dos resíduos tóxicos no sangue. Os seres humanos possuem dois rins, cuja dimensão se assemelha ao grão de feijão com o tamanho aproximadamente de um pulso fechado.

Ainda Perlemuter (2000) diz que o aparelho urinário é constituído por órgãos que segregam a urina, um tubo que a conduz ao reservatório e um canal. O aparelho divide-se em duas unidades funcionais: o tracto urinário superior, composto pelo rim e uréter e o trato urinário inferior correspondem a bexiga e a uretra.

De acordo com Seeley et, al (2008 p, 983):

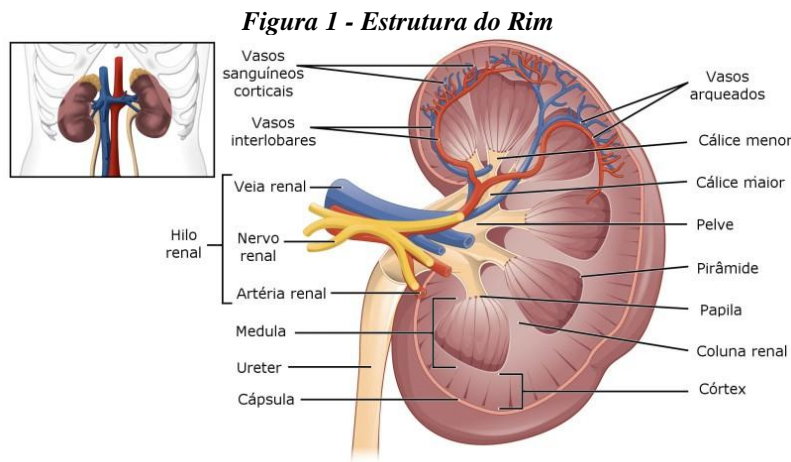
“os rins constituem o principal sistema purificador do organismo. Controlam a composição do sangue, removendo os produtos de degradação, muitos dos quais são tóxicos, e conservando as substâncias úteis. Também contribuem para o controlo do volume de sangue e consequentemente também têm um papel importante na regulação da tensão arterial. Têm também um papel essencial na regulação do PH sanguíneo”.

## 1.2 - Localização do Rim

O rim faz parte do aparelho urinário, que tem por função formar e eliminar a urina do corpo. No aparecer de Schaffler e Menche (2004, p. 265) “os dois rins, com aproximadamente 11cm de comprimento, localizam-se à direita e à esquerda da coluna vertebral, logo abaixo do diafragma. Os vasos, os nervos e os bacinetes entram no rim ao nível do hilo.”

O rim é o maior órgão excretor dos mamíferos, em forma de feijão, está alojado junto à parede posterior do abdômen, pesa cerca de 150 g, com 12 x 6 x 3 cm, é um órgão interno e conforme Marcelino *et al* (2006, p. 5), “o rim esta situado no retroperitoneal, estando o rim direito um pouco mais abaixo do esquerdo, a parte externa protegido por uma cápsula fibrosa, e internamente dividido em seis a dez pirâmides renais”.

Marcelino *et al* (2006) realçam que para a sobrevivência do ser humano é importante manter a homeostasia, ou seja o equilíbrio hidroeletrolítico e a eliminação dos produtos tóxicos produzidos pelo metabolismo.



**Fonte:** <http://www.infoescola.com/sistema-urinario/rim>

O rim é um órgão excretor de múltiplas funções essencial para o funcionamento e controlo do metabolismo do nosso organismo sendo este indispensável para a manutenção da hemóstase de todos as células.

No pensamento de Marcelino et al (2006, p. 7):

“A unidade básica do rim é o nefronio. Cada rim contém aproximadamente 1 a 1,3 milhões de nefrônios. Estes são constituídos por 3 componente: corpuscular, Vascular e tubular. O componente corpuscular compõe-se de um glomérulo inserido na cápsula de Bowman, que é um novelo de capilares interpostos entre duas arteríolas afrente e eferente; o componente tubular do nefronio é formado pela cápsula de Bowman, o tubo contornando proximal, a ansa de Henle e os túbulos contornados distais.”

Portanto Urden (2006) salienta que a textura renal é formado por, aproximadamente, um milhão de nefrônios que desempenham todas as funções individuais dos rins. Em cada rim se encontram dois tipos de nefrônios. Sendo a primeira os corticais com 85%, podendo ser superficiais e possui glomérulos localizada no córtex exterior e na ansas de Henle. E na segunda os justa medulares com 15%, com os glomérulos situados na profundidade do córtex e alongar-se para camada medular do rim.

### **1.3 - Fisiologia**

Sendo o rim um órgão básico na fisiologia do corpo humano realiza numerosas funções vitais. Este submetido a uma diversidade de agentes agressores e perante uma lesão renal é indispensável um profundo conhecimento da patologia renal para melhor nortear.

Na perspetiva de Barros *et al* (2006) afirmam que o rim desempenha duas funções essenciais a principal a homeostática e a função endócrina que é responsável pela produção da renina, eritropoetina e calcitriol.

Completando a ideia dos autores acima referido Seeley, Stephens e Tate, (2011, p.984) enfatizam que “os rins são os principais órgãos do organismo. A pele, o fígado, pulmões e os intestinos eliminam alguns produtos de degradação, mas se os rins

falharem a sua função, este e outros órgãos excretores não consegue compensa-los adequadamente”.

Nesta óptica, Perlemuter, Leon (2000, p. 116) descreve que:

“o sistema vascular esta representado pelo glomérulo, um novelo ou plexo de capilares procedente da arteríola aferente que esta banhado pela cápsula de Bowman. A formação do filtrado glomerular ocorre por filtração através da parede dos capilares glomerulares que se reúnem na arteríola eferente. Os capilares peritubulares formam uma rede muito densa em torno das estruturas tubulares. Em seguida o sistema venoso assegura o retorno do sangue á veia renal”.

Derivados a várias patologias ou agressões externas, o rim pode perder a sua capacidade para a execução de todas as suas funções, evoluindo progressivamente para uma IRC.

Segundo Fermi, (2011) o nefronio é a unidade funcional do rim, é formado por uma estrutura tubular e um corpúsculo renal.

O rim é um órgão excretor, muito complexo, que desempenha um papel fundamental na manutenção da homeostase, sendo a formação de urina uma função determinante dos rins, é importante referir que este órgão é também responsável pela eliminação dos produtos de degradação metabólicos, produção de Eritrócitos, regulação da pressão sanguíneo, equilíbrio acido-base, ativação da vitamina D, síntese das prostaglandinas, equilíbrio hídrico-electrolítico sendo todas essas funções essenciais para manter a homeostase Urden e Stacy, (2006).

Continuando com a mesma ideia Guyton (2008), disse que as funções essenciais dos rins são extrair os produtos finais do metabolismo e verificar as concentrações da maior parte das substâncias iónicas no líquido extracelular.

#### **1.4 - Tipos de Insuficiência Renal**

Relativamente a insuficiência renal, esta divide-se em dois tipos: a insuficiência renal aguda (IRA) e a crónica, é de salientar que ambas acarretam muitas complicações ao doente, formando assim um problema que traz preocupações para os profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros sendo estes os que estão mais próximos dos utentes.



É de evidenciar que no referido trabalho em estudo interessa debruçar mais sobre a IRC uma vez que esta patologia causa danos irreversíveis ao rim.

De acordo com Bennet *et al* (1993, p. 538)

“ a IRA é uma síndrome caracterizada por uma redução relativamente rápida da função renal que leva ao acumulo de água solutos cristalóides e metabólicos nitrogenados no corpo. A IRA clinicamente significativa em geral esta associada, a um aumento diário dos níveis séricos de creatinina e de ureia.”

Desta forma o autor enfatiza que pode-se examinar oligúria, uma quantidade reduzida de urina menor que 400 mililitro por dia, salvo em alguns casos o débito urinário pode superar este limite Bennet (1993).

Do mesmo modo, Seeley *et al* (2008, p. 19) concorda com Bennet quando afirma que “ IRA surge quando a lesão renal é extensa e provoca uremia e acidose. Quando a insuficiência renal (IR) é total, a morte pode ocorrer em uma a duas semanas. A IRA pode resultar de glomerulonefrite aguda ou ser causada por lesões dos túbulos renais”.

#### **1.4.1 - Insuficiência Renal Crónica**

A IRC é uma patologia que afeta milhares de pessoas a nível mundial para melhor compreensão do tema ora em estudo, é preciso que saibamos a definição dessa doença que esta a afetar a população independentemente da faixa etária.

A DRC é um problema de saúde pública devido ao crescimento da sua incidência e prevalência, como elevados custos económicos coligados, afetando substancialmente a vida do utente e acarretando encargos significativos para o sistema de saúde Stevens *et al*, (2007).

No aparecer de Mira *et al* (2017. P,10)

“A doença renal crónica (DRC) é a lesão que conduz a uma perda progressiva e irreversível da função renal. Por definição é considerada quando existem alterações patológicas (estruturais ou funcionais) com duração superior a três meses e/ou uma diminuição do debito de filtração

glomerular para valores inferiores a 60ml/min/1,73m<sup>2</sup>, também por um período de pelo menos três meses.”

Confrontando as ideias de alguns autores pode-se definir a insuficiência renal crónica como sendo uma disfunção dos rins quando estes já não são capazes de manter um meio interno compatível com a vida, sendo a lesão renal irreversível Monahan *et al*, (2007).

A DRC aparece de uma diminuição da função renal normal, podendo ser evidenciada pela diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG), por valores anormais de exames renais, por biópsia renal ou por resultados urinários que indiquem lesões no nefrónio Harrison, (2006).

Complementando as ideias acima referidas, Robbins e Cotran (2006, p. 504) afirmam que “ a insuficiência renal crónica é caracterizada por uremia prolongada. É o resultado final de todas as doenças renais crónicas”.

### **1.5.2 - Etiologia da Insuficiência Renal Crónica**

Existem várias causas que contribuem para o aparecimento dessa patologia que condiciona a vida do indivíduo. Em Portugal, a prevalência e ocorrência de DRC em fase terminal é muita elevada e tem vindo a aumentar ao longo dos tempos, sendo o envelhecimento da população um fator de risco importante, além da diabetes mellitus (DM), HTA, entre outros Coelho *et al*, (2014).

A IRC existe quando os rins já não conseguem manter o meio interno compatível com a vida. Essa patologia é método lento e que se pode ir crescendo ao longo de vários anos, está associada a inúmeras causas, entre elas as infeções recorrentes, diabetes, hipertensão, o uso de medicamentos, e factores metabólicos. Como sublinha Philips *et al* (2003, p. 1680) “as principais causas da doença renal por ordem de ocorrência são (1) DM 32%, (2) hipertensão 28%, (3) glomerulonefrite 15%”.

Segundo PNDS, (2011, p. 42) “as causas da doença são variadas, estando a hipertensão arterial, a DM e as glomerulonefrites entre as principais podendo-se ainda citar entre as remotas, as infeções correntes da infância”.

De acordo com a etiologia é notável que esta patologia pode afetar indivíduo de todas as faixas etárias mas a maior incidência ocorre entre os 20 e os 64 anos de idade (Marek e Sands, 2003).

Completando a ideia do autor acima referido: as causas da insuficiência renal crónica são baseadas em glomerulonefrite, doença renal císticas, diabetes, hipertensão, outras doenças urológica, entre outros Wingaarden *et al* (2003).

De acordo com Arone e Phillipi, (2011) numa perspectiva clinica, a insuficiência renal se manifesta através de débito volume urinário podem ser glomerulonefrite, diabetes melito, trombose da veia renal, colagenoses anemia caliciforme, tóxicas, obstrutivas, vasculares, infecciosas e miscelânea.

Na perspectiva de Monahan *et al*, (2007) a insuficiência renal crónica é causada por disfunção glomerular, doença sistémica, obstrução do aparelho urinário e outras.

## **1.6 - Classificação da insuficiência renal crónica**

Torna-se relevante e necessário compreender a IRC para direccionar o estudo da mesma e estar atentos aos aspectos que a doença traz ao indivíduo portador desta patologia. Phipps *et al* (2003, p. 1680) concordam com Monahan quando dizem que “ a progressão da IRC dá-se em quatro fases: diminuição da reserva renal, falência renal, insuficiência renal e doença renal em fase terminal (DRFT). Contudo, na prática, estes estádios não estão claramente diferenciados. Ocorrem sintomas graves na fase da insuficiência renal.

Ao abordar os tipos de insuficiência renal depara-se que a insuficiência renal crónica diverge da insuficiência renal aguda, sendo que a lesão dos rins vai progredindo e é irreversível. No entanto IRC progride em quadro estádios: diminuição da reserva renal, falência renal, insuficiência renal e doença renal em fase terminal (Monahan *et al*, 2007, p. 1040).

A classificação da IRC baseia-se na TFG, com base nessa taxa a DRC pode ser classificada em cinco estádios de acordo com o grau da função renal: estágio 1- com descrição da função renal normal, estágio 2- diminuição ligeira, estágio 3- diminuição

média, moderada a severa, estágio 4- diminuição severa, estágio 5-a discriminação da função renal é classificada por uma falência renal ou insuficiência renal terminal Mira *et al* (2017, p. 11).

Como já foi mencionada por vários autores anteriormente citados, a insuficiência renal crónica aparecem numa fase tardia da doença, estão exactamente ligados a parênquima renal afetado e possibilitam uma classificação rigorosa das fases de insuficiência renal crónica. Nesta óptica, Schaffler e Menche (2004, p. 294) descreve as fases em “I fase compensação total, II fase insuficiência renal moderada, III fase insuficiência renal severa e IV fase insuficiência renal terminal”.

## **1.7 - Manifestações clínicas**

As manifestações clínicas da IRC independente da doença inicial, no entanto está sujeita da quantidade de massa renal funcional e da rapidez da perda da função renal, retratando assim inabilidade geral dos rins em segregar os resíduos nitrogenados metabólicos, em regular o equilíbrio hidroelectrolítico e a insuficiência em secretar ou metabolizar hormónios (Lima, 2002).

Phipps, (2003, p.1681) nos diz que:

“apesar da evolução clínica da insuficiência renal crónica variar, existem algumas componentes comuns. Os sinais e sintomas resultam da alteração do balanço hidroelectrolítico, das alterações nas funções reguladoras do organismo e da retenção de solutos. A anemia resulta da reduzida produção de glóbulos vermelhos devido á diminuição de secreção de eritropoietina pelo rim. Os doentes podem referir letargia, vertigens e fadiga”.

Complementando a ideia anterior esperança de vida dos glóbulos vermelhos é encurtada devido á urêmia e á anemia nutricional associada, devido a restrições dietéticas Phipps (2003). Essas manifestações surgem em todos os sistemas do organismo pela presença da urêmia. São analisadas manifestações neurológicas centrais e periféricas; alterações gastrintestinais, endócrinas, metabólicas, infecciosas, dermatológicas e hematológicas. Essas modificações, em conjunto, podem conduzir o paciente a dispneia e a fadiga. A IRC adicionada ao tratamento hemodialítico é igual a condicionalidade da presença de várias complicações, como deterioração músculo-

esquelética, fraqueza, descoloração da pele, emagrecimento, edema, fadiga e alterações pulmonares (Cunha *et al*, 2009).

Nesta doença existem vários quistos que se deparem disseminados pelo rim o que faz com que o tecido renal seja muito reduzido. Continuando com a mesma ideia de Schaffler e Menche (2003, p.294) enfatizam que “(...), o doente com lesões renais progressivas permanece assintomático durante um longo período de tempo. Em regra, o doente apercebe-se primeiro de uma sensação de mal-estar geral.”

São várias as manifestações da doença renal crónica. De entre elas Robbins e Cotran (2010, p. 916) apresentam as mais comuns como sendo” desidratação, edema, hipercalemia, acidose metabólica, hipocalcemia, anemia, hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva, edema pulmonar, pericardite urêmica, náusea e vômitos, sangramento, esofagite, gastrite, miopia, cor pálida, prurido,e dermatite.”

O quadro clínico do IRC a urêmia geralmente cresce paulatinamente que o utente e a família muitas vezes não conseguem reconhecer a altura em que esta surge. Desenvolvem-se sintomas de azotemia, nos quais se incluem a letargia, a cefaleia, a fadiga mental e física, a perda de peso, a irritabilidade e a depressão. Em alguns casos são sintomáticos e podem levar a uma grave perda da função renal, fazendo com todos os sistemas do organismo seja afetados pela insuficiência renal crónica (Marek *et al*, 2003, p.1681).

## **1.8 - Fatores de Riscos**

Não podíamos falar das causas sem referirmos ainda de uma forma sucinta os factores de risco para a lesão renal, porque eles são os principais contribuintes para o aparecimento da insuficiência renal crónica.

De acordo Potter e Perry (2006, p.10) “o objectivo da identificação do factor de risco é ajudar o utente a compreender, quais as áreas, na sua vida, que podem ser modificadas, ou mesmo eliminadas, para promover o bem-estar e prevenir a doença”.

Os factores de riscos que podem agravar a função renal no doente com IRC antecipadamente estável: o uso de fármacos, como os inibidores da síntese de prostaglandinas, as infecções do trato urinário quando o nível sérico de creatinina está elevado; A depleção do volume vascular, pode ser absoluta quando faz o uso abusivo de diuréticos, perdas de líquido, gastrointestinal, e desidratação; Efetiva quando a síndrome nefrótica, baixo débito cardíaco, ascite com hepoperfusão renal; Na presença nefrotoxinas ocorre oposição radiográfica; Factores metabólicos que levam a hipercalemia e hiperfosfatemia; Os utentes hipertensos podem representar um fator de risco para insuficiência renal crónica (Wingaarden *et al* 2003, p. 547).

Em virtude dos fatos mencionados pelos autores acima referido, Tomas (2005, p. 100), citado por Bradley (2000) refere que “os membros de grupos étnicos Asiáticos e Afro-caribenhos têm uma incidência mais elevada de insuficiência renal do que a população Caucasiana do reino unido”.

## **1.9 - Complicações da insuficiência renal crónica**

O aparecimento das complicações, se não for tratada com antecedência, a insuficiência renal crónica também não foge a regra. O rim desempenha funções fundamentais para manter a homeostase ou seja para o bom funcionamento de todos os órgãos.

Muitas são as complicações da DRT entre as quais destacam-se o desequilíbrio hidroelectrolítico, choque, sépsis, hemorragia, anemia, hipertensão, hipercaliemia, insuficiência cardíaca congestiva, edema pulmonar, pericardite, arteriosclerose, úlcera péptica, osteodistrofia, neuropatia periférica (Monahan 2007, p. 142).

Completando a ideia do autor acima referido, Robbins e Cotran (2010, p. 941) enfatizam que “nas complicações urémicas, os indivíduos que estão morrendo devido a glomerulonefrite crónica, também exibem alterações patológicas fora dos rins, que estão relacionadas com o estado urémico e também estão presentes em outras formas de falência renal crónica.”

Harrison (2006) expõe algumas complicações da DRC, tais como choque, sepsis, desequilíbrio hidroeletrólítico, anemia, hemorragia, hipercalcemia, edema pulmonar insuficiência cardíaca congestiva, encefalopatia metabólica, HTA.

Complementando a ideia do Autor anterior, Suzuki *et al* (2012) *cit in* Zadrazil; Horak, (2012) afirmam que uma das complicações associadas á IRC a qual constitui um dos fatores importantes para o aumento da morbidade dos utentes em falência renal, é a anemia sendo defenida como uma diminuição da hemoglobina, com sintomas de insónia, fadiga perda de apetite, distúrbios no sistema nervoso central e disfunção sexual.

A perda de capacidade de concentração devido a lesão tubular leva a complicações renais, sendo que a diminuição da função renal apresenta uma relação direta com o número de nefronios perdidos (Erich e Sokeland, 1985, p.163).

### **1.10 - Diagnóstico e Exames Laboratoriais**

Percebe-se que para diagnosticar alguma patologia é certo que o utente passe por diversos exames até que o médico possa saber concretamente de que patologia o indivíduo padece. Sendo assim é preciso repetir os exames para poder certificar o real estado da pessoa.

Os inícios de abordagem do utente urémico são apoiados nos princípios gerais da medicina interna. Para uma anamnese minuciada é imperativa, com destaque especial para os sintomas do trato urinário, com nictúria, hematúria, polidipsia, poliúria e ter em atenção doenças renais hereditárias, a história completa de doenças sistémicas, a toxinas e infecções. O exame físico deve ter em evidenciar os sintomas a pressão arterial, aparelho cardiovascular, retina, exame renal para avaliação da próstata e a procura de massa pélvicas nas mulheres, edema, exame neuroesqueletico para pesquisar evidências de miopatia e neuropatia. Sendo que os exames laboratoriais devem abranger um hemograma e exame de urina wingaarden, (1993, p. 546).

Bastos e Kirsztanjn, (2011, p. 235) enfatizam que para procurar um diagnóstico precoce é necessário compreender a patologia bem como o funcionamento e os seus estádios. O andamento imediato para o nefrologista são etapas básicas no manejo dos utentes, uma vez que facilitam a educação e a implementação de medidas preventivas que retardam ou suspendem a progressão para as fases avançadas do IRC.

Para identificar o utente com IRC, são várias as anomalias que se encontram nos seus valores laboratoriais: De acordo com Phipps *et al* (2003, p. 1683-84), os níveis de creatinina sérica e a ureia são fundamentais na apreciação da função renal, quando os nefrônios estão destruídos dá-se um valor elevado de creatinina levando assim a diminuição destas; Para a avaliação da função renal faz-se a depuração de creatinina, na urina no intervalo de 12 a 24 horas; Para avaliar o grau de compromisso nos utentes com IRC são efetuados exames de bioquímica no sangue, hemograma e urina; A ecografia e TAC servem para avaliar possíveis obstruções.

O objectivo do diagnóstico é identificar a patologia a fim de evitar o aumento das lesões renais, estabelecer o tratamento próprio de cada estágio da doença, para impedir os desequilíbrios metabólicos graves através de medidas profiláticas: análise de urina, avaliar a capacidade de filtração glomerular através determinação da Clearance da creatinina; colheita de sangue, ecografia e angiografia (Schaffler e Menche 2004, p. 295).

### **1.11 - Tratamento IRC**

A terapêutica inicial dos utentes portadores do IRC centraliza no controlo dos sintomas, na prevenção de complicações e em retardar a desenvolvimento da insuficiência renal.

O utente deve estar informado sobre a sua doença e participar nas decisões acerca do seu tratamento, complementando a ideia Pais Ribeiro, (2007) disse que “o doente é visto como um recipiente e executor de regimes que devem ser aceites e obedecidos”



O tratamento é usado para controlar a hipertensão com vários anti-hipertensores, controlar o volume de líquidos intravasculares com diurético, desequilíbrios electrolitos são regulados com bicarbonato de sódio para a acidose metabólica, Podendo os níveis de cálcio e fósforo ser mantidos com agentes quelantes de fosfatos, agentes calcimiméticos, suplementos de cálcio e análogos de vitamina D. Recorre-se ao tratamento diurético ou sulfonato sódico para tratar a hipercaliemia, em situações em que a hipercaliemia é grave, pode-se administrar insulina intravenosa com dextrose para diminuir o nível de potássio sérico (Monahan 2007, p.1045)

O tratamento farmacológico tem como objectivo a diminuição sintomática, assim como a rectificação hormonal e do desequilíbrio electrolítico. Ter uma especial atenção aos tratamentos da hipertensão para evitar o desenvolvimento das lesões renais, assim como o uso dos diuréticos, na IR a hipertensão está associada a um aumento da retenção de água e sódio (Shaffler e Menche, 2004).

No aparecer de wingaarden et al (1993, p. 547) “os tratamentos com IRC frequentemente são tratados com vários fármacos e muitos deles são nefrotóxicos. Destes, os antibióticos aminoglicosídeos são uma causa comum de agravamento da insuficiência renal.”

Para complementar a ideia, o autor acima referido Tomas (2006) *cit in* Ritz e Eisenhardt (2000, p. 143) disse que “atualmente recomenda-se o tratamento precoce com eritropoietina, que vai ajudar combater os efeitos colaterais da anemia. Assim se a anemia for corrigida, as complicações letárgicas e cardíacas são tratadas”.

Phipps et al (2003, p. 278) afirmam que numa primeira etapa a IRC pode ser tratada de forma conservadora com restrições dietéticas, controlando a ingestão de líquidos e tratando as alterações intercorrentes. Recorrendo ao uso de fármacos para a redução do potássio sérico, para facilitar a eliminação de fósforo, a absorção do cálcio, estimular a produção de eritrócitos, de células de sangue. Também a ingestão de líquidos deve ser proporcional à eliminação dieta.

Complementando as ideias dos autores cima referida: Na hiperlipemia, tratamento da hipercolesterolemia, uma vez que o colesterol elevado possui uma

influência negativa na função renal; tratamento urgente das infecções das vias urinárias; Tratar anemia grave com eritropoietina através da tecnologia genética; E caso houver hiperparatireoidismo, administrar dihidroxicolecalciferol ou cálcio; Apesar da dieta se a hipercaliemia continuar administrar permutadores iônicos por via oral. O utente sujeitado a diálise: colocação de uma fistula ou seja um cateter peritoneal Shaffler e Menche (2004).

Segundo Phipps *et al* (2003, p. 1687), “um grande número de avanços tecnológicos têm sido feitos no tratamento de pessoas com doença renal fase terminal (DRFT). As alterações drásticas nos rins artificiais permitem tratamentos de hemodiálise mais eficientes e confortáveis”.

Continuando com a mesma ideia dos autores acima mencionados, Urden *et al* (2008, p.844) nos diz que “ como tratamento, a hemodiálise separa e remove do sangue, literalmente, o excesso de electrolíticos, líquidos e toxinas, por meio de um hemodialisador”.

A hipertensão deve ser tratada, assim como as infecções das vias urinárias e as formas de glomerulonefrite que respondem a terapia imunossupressora. Evitar o uso de medicamentos nefrotóxicos em utentes com comprometimentos da função renal, porém o cálcio e o fósforo deve ser mantido num valor menor que 70 para evitar-se a ocorrência de calcificações subcutâneas, articulares e vasculares (Harrison 2006).

O utente tem liberdade de escolha e de assumir na totalidade a responsabilidade do seu tratamento. Neste processo de tomada de decisão são integrados os conceitos de conciliação, colaboração e parceria entre o utente e o prestador de cuidados de saúde (Machado, M. 2009).

### **1.12 - Fatores que influenciam adesão ao tratamento**

São diversos factores que influenciam a adesão ao tratamento e exposições da doença desde as características socioculturais, biológicas, participação familiar, relação com o profissional e acesso ao sistema de saúde (Santos, 2011).

Segundo a OMS (2003), os fatores que poderão afetar a adesão ao tratamento podem ser variáveis, é influenciada por factores económicos, sociais e culturais, relacionados com os cuidados de saúde e os profissionais de saúde, com a doença, com o tratamento e com o utente.

De acordo com Who, (2003) *cit in* Cabral, (2010), o nível de adesão a tratamento depende de um conjunto de fatores que interagem entre si, modificando o seu comportamento para a adesão, estes factores podem ser agrupados em três extensões:

Fatores demográficos sociais e económicos;

Fatores relativos à própria doença e ao regime terapêutico;

Fatores resultantes da relação do paciente com os profissionais e serviços de saúde.

Neste caso Gordon (2007) *cit in* SIMÃO, (2009), enfatiza que alguns utentes não compreendem termos científicos utilizados pelos médicos, saindo da consulta sem ideias claras e concisas de como seguir os tratamentos. E a informação fornecida, provoca muitas vezes dificuldades na sua memorização e recordação.

Bugalho e Carneiro (2004, p.9), afirmam que “sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa voluntária do doente, que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue”.

O utente que não adere a adesão provoca complicações, diminui a qualidade de vida, a uma desperdiço recursos e perda a confiança do profissional nos sistemas de saúde (OMS, 2003).

Durante o desenrolar do corpo teórico, a IRC é uma patologia crónica e irreversível que compromete as funções vitais, debilitando e impondo restrições físicas e psicológicas, ao impor um esforço enorme dos utentes para tolerarem e se adequarem às mudanças de vida e levando a uma perda de sua qualidade (Thomas e Alchiere, 2005).

Segundo o mesmo autor, enfatiza que ao entrar num programa de diálise o DRCT ficam dependentes do tratamento pelo resto de vida ou até receber um órgão transplantado.

De acordo com Maldaner, (2008),disse que “a existência de redes de apoio ajuda o indivíduo a enfrentar os sintomas da doença, encorajando-o a seguir a terapia com confiança e esperança, ajudando-o a sentir-se melhor. O envolvimento dos familiares fortalece o doente renal crónico, pois a dor é compartilhada, diluída”.

O utente com IRC para complementar a diálise, é efetuado o tratamento medicamentoso e dietético. “o individuo é responsável pela sua aderência ao tratamento, no entanto, o processo de aderência deve envolver a equipe de profissionais, familiares, amigos implicados direta ou indirectamente no tratamento” (Maldaner, 2008).

Por vezes os indivíduos com IRC tem múltiplas patologias coligadas e está poli medicado, factor que vai condicionar a sua adesão. Segundo o autor, anteriormente cit. “a probabilidade do indivíduo não aderir às orientações aumenta com a complexidade do tratamento”.

O estudo feito sobre adesão ao tratamento medicamentoso de uso diário de utentes com IRC sujeitos à diálise á Revista Brasileira de Clinica Médica os autores averiguaram que dos inquiridos 16,6%, já interromperam por conta própria o uso de medicamentos, alegando principalmente presença de reações adversas (Terra *et al*, 2010).

A adesão terapêutica a DRC, é um fenómeno que envolve diferentes vertentes, difíceis de mensurar cujo a finalidade favorece ao individuo bem-estar físico, social e psicológico (Maldaner, 2008).

### **1.13 – Teoria de Enfermagem de Virgínia Henderson centrada na Insuficiência Renal Crónica**

A elaboração deste trabalho é centrada na área da enfermagem, uma vez que faz todo o sentido explicar a teoria de Virgínia Henderson que vai de encontro com a

temática em estudo. Esta teoria é baseada nas necessidades humanas fundamentais, uma vez que, ela expõe os seus factos direccionadas a autonomia, numa perspectiva humanizada e também o contributo da enfermagem na satisfação das mesmas.

Para além do supracitado, considerou-se necessário falar das necessidades direccionadas aos utentes com IRC, pois precisam de uma avaliação diariamente, uma vez que este requer um cuidado holístico do enfermeiro, a quem estão com os utentes dia e noite.

Virgínia Henderson “sendo enfermeira Americana de prestígio internacional, é desde há muito tempo, reconhecida pela sua influência na profissão” (Adam, s/d, p.37). No ano de 1955, a autora acima citada pela primeira vez pública o conceito de enfermagem na revisão da obra, *the Principles and Practice of Nursing*. Esta teoria nos primeiros anos de enfermagem sofreu várias influências.

Ainda Tomey (2002, p. 114) nos diz que Henderson, em 1966 define a enfermagem como a “(...) única função da enfermeira é assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e (...)”.

Ainda Henderson (2007), enfatiza que executaria as ações sem ajuda, fazendo com que se voltasse a ser independente mais rápido possível e todos os utentes devem ser visto como um todo holístico.

Complementando a ideia, Henderson (2007) “uma enfermeira apta é aquela que respeita a sua vocação, sendo esta uma pessoa honesta e fiável porque a vida de outro depende da acção desta Nightingale (2005, p.11).

De acordo com Tomey (2002, p.114) as necessidades humanas fundamentais sobre as quais provem os cuidados de enfermagem:

“respirar normal, comer e beber de forma adequada, eliminar os resíduos corporais, movimentar e manter a postura correta, dormir e descansar, escolher a roupa vestir-se e despir-se, manter a temperatura corporal dentro dos valores normais mediante a selecção de roupa e modificação de ambiente, manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos, evitar os riscos do ambiente e evitar lesar

outros, comunicar-se com os demais (...), realizar praticas religiosas segundo a fé de cada um, trabalhar de modo a sentir –se realizado, jogar ou participar em diversas formas de recreação, aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis”.

Em relação as 14 necessidades humanas fundamentais alteradas, o utente com IRC apresenta as seguintes: dormir e repousar, respirar, eliminar, comer e beber e movimentar-se e manter as posturas desejáveis, escolher o vestuário, vestir e despir, manter a temperatura corporal, evitar os perigos, comunicar com os outros, praticar a religião que processa, trabalhar, participar em diferentes formas de recreação, aprender a descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento normal. Desta forma Phaneuf (2001) diz que o cuidado de enfermagem provém de conhecimento, de uma preparação conceptual para a satisfação das necessidades da pessoa em referência ao seu progresso ótimo da sua autonomia.

A teoria Virgínia tem como base a satisfação das necessidades que se encontram afetadas e como fazer para satisfazer as necessidades dos utentes uma vez que este precisa de cuidados de forma holística afim de alcançara sua independência.

Citando Henderson (2007) as seguintes necessidades humanas fundamentais de todos os utentes como constituintes principais de enfermagem: Comer e beber adequadamente; Respirar normalmente; Eliminação corporal, Movimentar-se e manter a postura correta; Sono e repouso; Escolher o vestuário adequado, Despir e vestir, Manter a temperatura corporal dentro dos limites aceitáveis, Manter o corpo limpo e proteger a pele; Evitar os perigos do ambiente, Comunicar com os outros; Praticar a religião; trabalhar de modo a ter uma sensação de realização; Jogar ou participar de diferentes formas de recreação; Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento normal e a saúde.

### **1.14 - Assistência de Enfermagem a Utente com IRC**

A prática do cuidar dos doentes é uma acção nobre e tem a sua origem nos grupos nómadas da era primitiva e que se prolongou no decorrer dos períodos históricos. O enfermeiro é a pessoa que está mais próxima do utente, prestando um cuidado holístico, pois a enfermagem é uma arte de cuidar.

Enfatizando Monahan (2007), “por vezes, o doente requer ajuda para limitar as actividades ao nível proporcional aos processos mentais e ao nível consciência”. Ao pensar em cuidar ressalta-se a ideia de dar atenção porém é mais abrangente. Segundo Cunha (1982, p. 232) “cuidar é imaginar, mediar, cogitar, aplicar atenção”.

De acordo com Waldow (1998) “cuidar envolve um certo discernimento que aumenta ao ver e ao observar o aspecto cognitivo permitindo assim uma melhor atuação por parte do enfermeiro”.

Ainda na óptica do cuidar Boff (2004), afirma que o cuidar implica ternura, compaixão, convivialidade, medida justa em todas as coisas. Cuidar de alguém é uma forma de expressar sentimentos e por sua vez este pode ser retribuído de diversas formas. Cuidar é também um sentimento e um elemento de equilíbrio para a vida (Morin, 1999).

O enfermeiro é o profissional mais próximo do utente, portanto o principal cuidador que acaba por ganhar a confiança deste, assim para Maturana (1999, p. 24) “só são sociais as relações que se fundem na aceitação do outro como legítimo na convivência, e que tal aceitação é o que constitui uma conduta de respeito”.

A assistência de enfermagem, no aparecer de Brunner e Suddarth (2011), deve apoiar na monitorização das complicações, participar na terapêutica das emergências hidroeletrólíticas, calcular a evolução do utente ao tratamento e prover o apoio físico e emocional.

### **1.14.1 - Princípios que orientam a prática de enfermagem**

O enfermeiro é responsável pelo planeamento da assistência de enfermagem e tomada de decisões sobre o cuidado prestado ao utente assim como deve planear as ações de educação em saúde para prevenir e minimizar os fatores entressores durante a hospitalização (Hesbeen, 2000).

Os principais problemas dos indivíduos portadores de doenças crónicas são geralmente descritos como sendo a limitação, isolamento social, desvalorização e de se tornar uma carga para os outros (Paúl e Fonseca 2001).

O enfermeiro deve dispor como princípio orientador o centro de sua atenção na pessoa e não na doença, modificando a relação de cuidado, na medida em que a pessoa se torna um sujeito ativo que participa e se compromete pelo seu tratamento Maldaner (2008).

O enfermeiro é responsável pelos cuidados do utente, oferecendo-os respeito, atenção, carinho entre outros e segundo Zoboli, Schweitzer (2013, p. 2) fala que:

“isso requerer dos enfermeiros sensibilidade humana que se manifesta no interesse, respeito, atenção, compreensão, consideração e afeto pelo outro e pela comunidade. Também implica engajamento político na transformação do que é incompatível com a dignidade do ser humano, a fim de eliminar as desigualdades desnecessárias, evitáveis e fomentar o que faz viver bem e com qualidade. O compromisso é o âmago das práticas sociais. (...). Na enfermagem, esse compromisso é de cuidado e cria o apelo ético de responsabilização radical na promoção da pessoa, respeitando e fomentando sua autonomia, cidadania, dignidade e saúde. Na prática profissional, os valores constituem eixos em torno dos quais giram suas actividades e espirala sua excelência. Por serem construções, os valores de uma prática social precisam ser compreendidos por meio de olhares interpretativos de sua história e abertos para a realidade actual e desafios futuros”.

Na perspectiva Tomey e Alligod (2004) explicam que a prática de atividades favorecem ao autocuidado, aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas, com benefício próprio e com intuito de conservar a vida e dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal.

Segundo Wennberg *et al* (2011) é necessário desenvolver estratégias que permitissem a prestação de cuidados a um menor custo, devido ao aumento de despesas na saúde, mas sem impacto negativo nos serviços prestados.



Para ter uma percepção das acções são desenvolvidas reflexões que ajudam a identificar os problemas e ordenar estratégias para evitar que certas situações constringedoras e prevenir outros acontecimentos que possam aparecer.

### **1.14.2 - Diagnósticos e intervenções de enfermagem (NANDA e NIC) para o utente com IRC.**

Após a explanação sobre os conceitos que abarcam a utente com IRC é fundamental descrever os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, é de realçar que o quadro com todos os fatores de riscos e as características definidoras relativamente aos diagnósticos se encontram em (Apêndice I).

<b>Diagnóstico de Enfermagem NANDA</b>	<b>Intervenções de Enfermagem NIC</b>
Nutrição Alterada relacionada com a ingestão menor que as necessidades corporais.	Identificar a dieta prescrita. Monitorar o peso do paciente, conforme apropriado. Orientar o paciente sobre alimentos permitidos e proibidos.
Volume de líquido excessivo relacionado com o mecanismo regular comprometido caracterizado por edema.	Monitorar os níveis de eletrólitos. Realizar balanço hídrico. Pesar o paciente em jejum diariamente.
Ansiedade relacionada com sentimento de incômodo e inquietação caracterizado por medo e angústia.	Ajudar o paciente a identificar situações de ansiedade. Criar uma atmosfera que facilita a confiança. Encorajar a verbalização de sentimentos percepções e medos.
Intolerância à atividade relacionado com desconforto e caracterizado por dispneia.	Monitorar sinais vitais antes e após exercícios ou caminhada. Promover exercícios para deambulação conforme apropriado. Proporcionar terapia ocupacional.
Baixa auto estima relacionada com auto avaliação negativa dos sentimentos caracterizado por dificuldades para tomar decisões.	Encorajar o paciente a identificar os seus pontos positivos. Facilitar um ambiente e actividades que aumentam a auto estima. Transmitir confiança na capacidade do paciente para lidar com as situações.

Angustia espiritual relacionado a intenso sofrimento caracterizado por alteração de comportamento.	Manifestar empatia com os sentimentos do paciente. Auxiliar o paciente a expressar e aliviar adequadamente a raiva. Encorajar o uso de recursos espirituais, se desejado.
Processo familiar alterado relacionada com situação de transição e caracterizada por incapacidade para adaptar as mudanças.	Promover uma relação confiança com a família. Orientar a família em relação ao local de prestação de cuidados. Encaminhar para terapia familiar. Facilitar a coesão da família.

**Fonte:** Elaboração própria

A actuação do enfermeiro passa para um cuidado integral e continua junto dos utentes, o que implica colocar-se no lugar do outro. Cuidar é orientar, neste sentido o enfermeiro desempenha um papel fundamental nos cuidados para com os utentes com IRC, orientando-os a identificar os sinais de desequilíbrios, a ingerir líquidos nas quantidades prescritas e a comer dentro dos limites prescritos (Monahan, 2007).

Os cuidados de enfermagem passam pela manutenção do equilíbrio hídrico, promoção de uma dieta adequada, conservação de energia, promoção do conforto, ensino do auto cuidado e apoiar as estratégias de coping, do utente e da família (Phipps, *et al*, 2010).

Os cuidados de saúde, poderão ser vistos como um fator essencial para o bem-estar do indivíduo. Smeltzer e Bare (2005), o enfermeiro deve estar atento aos sinais e sintomas que o utente possa apresentar, ensino a comunicar o sangramento incomum e as áreas equimóticas, pois o motivo de sangramento é a diminuição das plaquetas e fatores de coagulação.

Neste sentido, Silva e Nakata (2005) nos diz o processo terapêutico tem como base principal a comunicação que envolve escutar minuciosamente e interpretar inteligentemente, o raciocínio do indivíduo.

Segundo Knobel (2006, p. 457) é função da “enfermagem monitorar os sinais e sintomas de colcogênio através de restrição hídrica, e nos casos sintomáticos com

soluções de cloreto de sódio, a capacidade reduzida dos rins de excretar resulta na hiponatrenia dilucional”.

Durante a fase de diálise pode ocorrer lesões extensas dos tecidos e ocorrência de hemorragia. Para Monahan (2007, p. 1058) “ajudar o doente a controlar a perda de sangue é outra das acções de enfermagem importantes”.

## **CAPÍTULO II- FASE METODOLÓGICA**

## **2 - METODOLOGIA DA PESQUISA**

Este capítulo consiste em apresentar a metodologia da investigação em estudo, que tem como objetivo apresentar as questões metodológicas, fazer a descrição de todo o processo metodológico que foi usado na execução do trabalho.

### **2.1 - Tipo de pesquisa**

De acordo com as características da presente investigação a melhor forma de compreender o sentido da realidade social, é estar no ambiente como a fonte direta para a colheita das informações. Considerou-se pertinente aplicar uma metodologia qualitativa, descritiva, exploratória da abordagem fenomenológica, pois o objetivo da atual investigação não é quantificar mas sim analisar conhecimentos individuais dos intervenientes sobre o fenómeno em estudo, pretende-se demonstrar a assistência de enfermagem a utentes com IRC.

Achou-se pertinente escolher o método de abordagem qualitativa por ser uma metodologia que auxilia na compreensão da realidade social, na qual se inscreve a acção, com objectivo de alcançar um entendimento ampliado dos fenómenos. Este estudo tem como fonte direta a recolha das informações e com o objeto de estudo em questão e possui um ambiente natural com vantagens ao gerar boas hipóteses de investigação por utilizarem técnicas como: as entrevistas, observações minuciosas e análise de produtos escritos.

A entrevista consente em compreender melhor a situação dos entrevistados, os seus sentimentos, ideias e atitudes.

Continuando com a mesma ideia Fortin (2009), exemplifica isso dizendo que a investigação qualitativa explora fenómenos e aponta a seu entendimento ampliada para composição de teorias.

Optou-se por um estudo exploratório por ser um tema ainda pouco pesquisado e com poucos trabalhos no campo executados sobre a nossa realidade.

Trata-se de uma abordagem fenomenológica, porque visa recolher e analisar os conhecimentos dos intervenientes acerca do tema em estudo. Para melhor se identificar as percepções, afirma Fortin (2009, p. 36) “ a fenomenologia é uma abordagem intuitiva que tem por objectivo o estudo de determinadas experiencias, tais como são vividas e descritas pelas pessoas”.

## **2.2 - Instrumento de Recolha de informações**

Tendo em conta o tipo de estudo, o instrumento de recolha de dados seleccionado foi a entrevista estruturada (Apêndice II) de acordo Sousa e Baptista (2011, p. 80), “a entrevista já tem um guião, com um conjunto de tópicos ou perguntas a abordar, dando liberdade ao entrevistado, embora não o deixe fugir muito do tema”, pois é o utensílio mais relevante para atingir os objetivos delineados, facilitando desta feita a identificação e a análise das percepções dos entrevistados.

A entrevista é um instrumento essencial de recolha de dados e constitui um utensílio importante ao processo de investigação. No aparecer de Gil (1999, p. 111) “o que se pretende com entrevistas deste tipo é a obtenção de uma visão geral do problema pesquisado, bem como a identificação de alguns aspectos da personalidade do entrevistado”.

As informações foram recolhidas pela própria investigadora, num período de tempo compreendido entre os meses de Maio e Junho, através de utilização do guião já supra mencionado.

## **2.3 - População alvo**

A população alvo é a população que se deseja inserir no estudo de modo a obter informações pertinentes para a execução da investigação, continuando com a mesma ideia Santos (2008, p. 46) exemplifica isso dizendo que a “ população é um conjunto completo de pessoas que apresentam características em comum (...), onde se pretende

estudar a percepção de humanização de cuidados de enfermagem segundo os enfermeiros”.

O público-alvo deste é constituído por todos os enfermeiros do serviço de medicina do HBS. Para seleccionar os enfermeiros, a participar no estudo foram utilizados os critérios de inclusão e a exclusão, constituindo elementos de inclusão no estudo:

- ❖ Enfermeiros do Serviço de Medicina;
- ❖ Ter mais de 2 anos de serviço;
- ❖ Vontade exposta em participar no estudo.

Deste modo foram escolhidos sete (7) enfermeiros deste serviço, com as características da população escolhida para o trabalho. A relevância desta população centra-se essencialmente, na riqueza dos dados que revelam, as experiências específicas ou individuais de cada sujeito.

## **2.4 - Campo Empírico**

O campo empírico é essencial no trabalho para dar a conhecer o local onde foi desenvolvido o estudo de modo a compreender quais os reais constituídos do mesmo de forma a saber se estas influenciam na prestação de cuidados.

Para realizar o estudo foi escolhido o serviço de medicina do HBS que situa nesta cidade do Mindelo, São Vicente, onde os utentes estão internados durante o processo de tratamento do IRC até a alta hospitalar. O serviço acima citado é uma unidade de internamento, formada por uma equipa multidisciplinar de treze (13) enfermeiros, distribuídos por turnos, sendo uma (1) enfermeira chefe, dez (10) médicos, um (1) nutricionista, uma (1) psicóloga, cinco (5) auxiliares de serviços gerais que estão distribuídos por turnos e duas (2) copeiras.

No que tange aos recursos materiais é composta por um (1) gabinete de enfermagem, um (1) quarto de enfermeiros, uma (1) casa de banho de enfermeiros, uma

(1) sala de médicos, um (1) gabinete do médico responsável do sector, cinco quartos (5) com oito (8) camas respectivamente, duas (2) casas de banho sendo uma feminino outro masculino, um (1) quarto para os auxiliares de serviço gerais, uma (1) sala de refeitório.

## **2.5 - Princípios Éticos**

Os princípios éticos constituem um conjunto de condutas que são executados de modo a garantir a confiabilidade, sigilo e protecção de imagem dos participantes do estudo uma vez que este visa obter informações fidedignas para a investigação.

Pois, Fortin (1999) realça que a ética no sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.

Para que fosse possível a realização da investigação, foi entrega à comissão de ética do H.B.S um requerimento (Apêndice III), em resposta a um pedido de autorização, para a recolha de dados e aplicação de uma entrevista no serviço de medicina, sendo este autorizado pela mesma.

Os enfermeiros que foram entrevistados receberam todas as informações necessárias sobre a investigação e os seus objetivos, assinaram um termo de consentimento informado (apêndice 2) e disponibilizaram as informações de forma livre e autónoma. As entrevistas foram realizadas no HBS no serviço de medicina, pessoalmente aos profissionais de saúde, tendo a duração compreendida entre 15 a 20 minutos. Ao realizá-la, respeitou-se a privacidade dos mesmos e o ambiente foi o mais adequado por forma a assegurar a viabilidade do estudo.

É de salientar que foi atribuído a cada participante nomes fictícios sendo os mesmos identificados por C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7. Estas foram realizadas de forma individual e confidencial.



## **CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA**

### 3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta etapa passa-se a apresentação dos pressupostos da pesquisa, sendo que, estes foram analisados e discutidos de acordo com o plano de investigação desenhado. Ainda neste capítulo foi necessário fazer uma breve caracterização dos entrevistados, a ordenação e análise das entrevistas, com vista a encontrar resultados.

De acordo com a seleção estabelecida foram caracterizadas as seguintes variáveis: idade, sexo, habilitações académicas e tempo de serviço. Assim sendo foram abordados sete (7) enfermeiros do serviço de medicina do HBS, sendo três (3) do sexo masculino e quatro (4) do sexo feminino, com a faixa etária compreendida entre 29 e os 53 anos de idade. No que tange as habilitações académicas: quatro (4) dos entrevistados são licenciados em enfermagem e três (3) possuem bacharel. Referentes aos anos de serviço: três têm (3) de 4 a 12 anos de serviço e quatro (4) têm de 22 a 24 anos de serviço. Para preservar a identidade dos entrevistados foram atribuídos os seguintes nomes: C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7.

**Tabela 3 - características dos enfermeiros entrevistados no serviço de Medicina do HBS**

Enfermeiros	Idade	Sexo	Habilitações académicas	Tempo de Serviço
C1	29 Anos	Masculino	Bacharel	6 Anos
C2	33 Anos	Feminino	Licenciatura	4 Anos
C3	42 Anos	Feminino	Licenciatura	12 Anos
C4	42 Anos	Feminino	Licenciatura	22 Anos
C5	52 Anos	Masculino	Licenciatura	24 Anos
C6	53 Anos	Masculino	Bacharel	23 Anos
C7	53 Anos	Feminino	Bacharel	22 Anos

**Fonte:** Elaboração própria

Para facilitar o entendimento e análise dos dados encontrados através das entrevistas, compreendeu-se que era necessário organiza-los em categorias e subcategorias, assim delineou-se em três (3) categorias e uma (1) subcategoria. O método utilizado foi a análise de conteúdo.

**Tabela 4 - Categoria e subcategoria das entrevistas**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
I - Percepção do conceito de IRC	
II - Os cuidados de enfermagem perante os portadores de IRC	Dificuldades e limitações relacionadas com a prestação dos cuidados de enfermagem;
III - Importância do papel do enfermeiro na prestação dos cuidados.	

**Fonte:** Elaboração própria

### **3.1 - Apresentação dos dados da entrevista**

Portanto, para a apresentação das categorias é sempre indispensável fazer a análise de modo a expor as finalidades e ao mesmo tempo conhecer as opiniões dos intervenientes de acordo com a temática em estudo.

#### **Categoria I: Percepção do conceito de IRC**

Ao definir esta categoria, pretendia-se verificar os conhecimentos dos enfermeiros sobre os conceitos relacionados com o tema em estudo. É fundamental que os enfermeiros saibam definir essa patologia ou que tenham algum conhecimento teórico acerca da mesma, para uma melhor compreensão e atuação como profissionais da área.

Dizendo ainda que, para se falar da IRC quando já existe uma lesão irreversível dos rins e estes vão perdendo as suas funções de forma gradual. Certamente, o que vai de encontro com o que foi explanado no enquadramento teórico. Deste modo apresenta-se algumas respostas dos entrevistados:

**C1** - *“Insuficiência renal crónica é a perda das funções normais dos rins, em que estes deixam de eliminar resíduos do corpo. É uma doença que lidamos*

*frequentemente e quando isso acontece é que os rins vão perdendo as suas funções de forma gradual, aos poucos”.*

**C2** - *“Insuficiência renal crónica é a incapacidade dos rins em filtrar adequadamente os resíduos e toxinas que acumulam no sangue. Falamos da insuficiência renal crónica quando tem uma perda progressiva e uma lesão que é irreversível da função do rim”.*

**C3** - *“Insuficiência renal crónica é a perda da capacidade dos rins para desempenhar as suas funções. Como por exemplo filtração do sangue, resíduos, sais e líquidos. Essas funções vão diminuídas progressivamente”.*

Relativamente a esta categoria pretendia-se averiguar que noções os enfermeiros tinham da patologia ora abordada e constatou-se que a maioria dos participantes tem uma noção nítida dos conceitos, sendo que foram unânimes ao afirmar que a insuficiência renal crónica é a incapacidade dos rins em filtrar o sangue, para eliminar substâncias tóxicas do organismo.

Sendo os enfermeiros os profissionais que estão mais próximo do utente, devem ter conhecimentos teóricos que sustentam a sua prática, no sentido de melhor apoiar o indivíduo. Desta análise constate-se que os enfermeiros estão dotados de conhecimentos sobre a IRC, ao defenir essa patologia identificando a perda da função dos rins como sendo uma manifestação da doença. O facto de averiguar o conhecimento que o enfermeiro tem da doença, já mostra a importância deste trabalho, o que remete a uma reflexão sobre a atuação do mesmo, que tem de estar capacitado para lidar com a doença.

## **Categoria II:** Os cuidados de enfermagem perante os portadores de IRC

Ao elaborar esta categoria achou-se pertinente conhecer os cuidados prestados aos utentes, bem como as melhores estratégias utilizadas pelos enfermeiros para ajudar os indivíduos com IRC. Pois os cuidados apresentados vão de encontro com aquilo apresentado na revisão de literatura, que a seguir passa-se a expor as respostas apresentadas:

**C1** - *“O enfermeiro tem um papel fundamental para com o doente com insuficiência renal crónica. No que diz respeito aos cuidados, posso dizer que é preciso apostar na educação para a saúde orientar o doente na sua dieta alimentar, seus costumes, hábitos e estilo de vida, porque essas pessoas se encontram condicionadas”.*

**C2** - *“Olha, os cuidados que o enfermeiro presta ao utente com insuficiência renal crónica vai de acordo com a necessidade de cada utente. Por exemplo monitorar os parâmetros vitais, hidratar a pele, avaliar o balanço hídrico e o estado nutricional, entre outros”.*

**C3** - *“Aqui nos Serviços de Medicina, quando tratamos um doente com insuficiência renal crónica, falamos-lhe a importância da dieta alimentar, medimos a diurese, controlamos a pressão arterial e fazemos a medicação”.*

Questionando sobre as melhores estratégias utilizadas para ajudar o utente com IRC a aderir ao tratamento, todos foram unânimes em afirmar que o diálogo é a melhor forma de ajudar essas pessoas. Desta feita apresenta-se as respostas que os participantes deram acerca das estratégias utilizadas:

**C1** - *“Através da educação para saúde será mais fácil a adesão ao tratamento, ao mostrar o doente as vantagens e desvantagem do tratamento”.*

**C4** - *“Acho que a estratégia é a empatia. Uma boa relação com o utente e com os familiares ajuda muito. Se fornecermos informações necessárias, com certeza o individuo adere ao tratamento. Temos que ouvir o paciente quanto aos seus anseios e esclarecer as suas dúvidas. É preciso encorajar o paciente a estabelecer metas e procurar uma melhor qualidade de vida”.*

**C5** - *“Conversando com o utente, encorajando-o e possibilitar que ele tome certas decisões de modo a proporciona-lhe um cuidado humanizado, individual e de qualidade”.*

**C6** - *“Tento melhorar as condições de vida do utente, comunico com ele, mostrando-lhe que uma pessoa com IRC pode levar uma vida normal, mas com algumas condições”.*

Durante as entrevistas, os enfermeiros deixaram transparecer a importância dos seus papéis como cuidador bem como a responsabilidade que essa prestação de serviço exige. Assim entre os vários cuidados prestados, destacam-se os seguintes: orientar o utente quanto a educação para saúde, quanto a sua dieta alimentar prescrita pelo nutricionista, cumprimento da terapêutica indicado pelo médico assistente, fazer o balanço hídrico, avaliar e registar os sinais vitais, quantificar a diurese, fazendo o registo, cuidar da higiene, estimular as atividades conforme a tolerância e comunicar com o utente, incentivando-lhe a aderir ao tratamento.

Relativamente a esta categoria constatei que os cuidados prestados pelos enfermeiros são de extrema importância para o conforto dos utentes e melhoram a sua qualidade de vida, na medida em que os seus desempenhos neste serviço abrangem um cuidado holístico.

**Subcategoria:** Dificuldades e limitações relacionadas com a prestação dos cuidados de enfermagem.

Tendo em conta a extrema importância que os cuidados de enfermagem assumam perante o utente com IRC, visto que o utente precisa de um acompanhamento sistematizado e que atende as suas necessidades.

Achou-se pertinente criar essa subcategoria para averiguar as condições e limitações com que deparam os enfermeiros do Serviço de Medicina durante a prestação de cuidados aos utentes com IRC. Ao abordar a questão sobre as limitações encontrados pelos enfermeiros, constata-se que estes não apresentam muitas dificuldades em satisfazer as necessidades dos utentes, seis dos entrevistados alegam não apresentar dificuldades. Apenas um, disse ter dificuldade em satisfazer as dificuldades dos utentes, normalmente quando se encontram acamados e aponta como causa o fator tempo.

Pois, sendo assim, passa-se a apresentar os trechos das entrevistas:

**C1** - *“As maiores dificuldades encontradas estão relacionadas as carências estruturais e falta de colaboração por parte dos utentes”.*

**C2** - *“No meu ponto de vista, as dificuldades não são muito significativas, apenas alguns casos de alguns utentes não aderirem ao tratamento e mostrar alguma revolta com a sua patologia”.*

**C3** - *“Ainda há uma certa falta de conhecimento ou não colaboração adequada do médico, no que diz respeito a uma explicação lógica e objetiva da doença ao utente”.*

**C4** - *“As maiores dificuldades prendem-se com a falta de recursos humanos”.*

**C5** - *“A maior dificuldade que enfrentamos é controlar cuidadosamente a dieta prescrita, porque há doentes que ingerem alimentos contra indicados”.*

Sabe-se que as limitações ou dificuldades acabam sempre por condicionar a prestação de serviço, independentemente da área em que o profissional está inserido. E tratando-se de uma área de saúde, onde os enfermeiros têm em suas mãos vidas humanas é fundamental que as dificuldades sejam ultrapassadas, ou minimizadas para que os utentes tenham acesso a um serviço de melhor qualidade.

Constatou-se que os enfermeiros deparam com algumas dificuldades durante a prestação de cuidados e apontam a falta de recursos humanos, carências estruturais, uma falta de conhecimento ou não colaboração adequado do médico no que diz respeito a explicação lógica da doença ao utente, desconhecimento dos utentes acerca da patologia, algumas revoltas por parte dos utentes a não aceitar a adesão ao tratamento e falta de controlo da dieta prescrita, como sendo algumas limitações.

### **Categoria III:** Importância do papel do enfermeiro na prestação dos cuidados.

Nessa categoria pretende-se conhecer as opiniões dos enfermeiros perante a importância do papel que esta classe desempenha na prestação de cuidados aos utentes com IRC. E com os resultados, percebeu-se que os participantes estão cientes da importância do papel que desempenham, neste serviço e sobretudo na assistência aos utentes com IRC. Neste ponto obteve-se as seguintes respostas:

**C1** - *“A atuação do enfermeiro é de extrema importância, uma vez sendo o profissional que passa mais tempo com o doente, e que tem muitas vezes de fazer o papel do nutricionista, psicólogo, advogado do doente, entre outros”.*

**C2** - *“O enfermeiro é extremamente importante nos cuidados para com o doente com insuficiência renal, porque conhecendo as necessidades afectadas vai poder elaborar um plano de cuidados para proporcionar a melhoria da qualidade de vida do utente”.*

**C3** - *“O enfermeiro tem um papel importante, tem de ajudar a educar, assegurar melhor a adesão ao tratamento, para que o utente se sente capacitado”.*

**C4** - *“A atuação do enfermeiro é muito importante, porque é ele que assegura os cuidados e esta sempre junto do doente”.*

**C5** - *“O enfermeiro tem um papel fundamental na prevenção e no controlo dos sintomas”.*

Com o estudo, achou-se necessário saber se naquela unidade havia enfermeiros especializados na área de nefrologia. E o referido estudo revela que ainda não existe enfermeiros especializados nesta área.

Com a investigação, achou-se por bem recolher informações sobre os recursos humanos da unidade de medicina sobretudo no que tange ao número de enfermeiros. Assim sendo todos os participantes reconhecem que o número de enfermeiros é insuficiente, visto que a IRC não é única patologia a ser tratada nesse serviço. Desse modo apresenta-se algumas respostas:

**C5** - *“O número de enfermeiro neste serviço é pouco para prestar os cuidados, pois precisamos de mais recursos humanos de forma a garantir uma melhor prestação de cuidados e com mais qualidade”.*

**C6** - *“Não. O número não é suficiente. Este tipo de doente necessita de uma atenção especializada e com o número de enfermeiros deste serviço, os cuidados ficam a quem.”*



*C7 - “Na minha opinião o numero de enfermeiros não é suficiente, deveria ter um enfermeiro só para os doentes com insuficiência renal crónica, porque estão sujeitos a várias infecções e complicações”.*

Questionando os participantes sobre aspetos que achavam necessário acrescentar, a maioria declarou que não havia mais acrescentar. Porém três afirmaram que deveriam ter enfermeiros com formação específica para prestar assistência aos doentes com IRC, que é preciso criar uma estrutura física adequada para melhorar o serviço prestados aos utentes.

De acordo com o analisado, percebe-se o quanto o papel do enfermeiro é fundamental na promoção da saúde do utente, bem como na sua qualidade de vida, sendo ele profissional que está mais presente na vida do utente. Deste modo, o papel do enfermeiro deve ser valorizado, o que contribui para primorizar os cuidados prestados e que este se sente gratificado pelo trabalho que executa.

### **3.2 - Conclusão dos resultados**

Após a apresentação e análise dos resultados conseguidos com o trabalho de campo é pertinente patentear os achados mais relevantes da investigação. No que tange ao objectivo geral preconizado para o referido trabalho: Analisar o contributo dos enfermeiros do serviço de Medicina do HBS, para melhoria da saúde do utente com insuficiência renal crónica.

Assim sendo, foi vista durante a revisão de literatura que os cuidados de enfermagem passam pela manutenção do equilíbrio hídrico, promoção de uma dieta adequada, conservação de energia, promoção do conforto, ensino do autocuidado e apoiar as estratégias de coping do utente e da família. Durante a pesquisa foram abordados junto dos enfermeiros a questão sobre assistência que estes prestam aos utentes com IRC.

Todos os entrevistados consideram os seus contributos muito relevantes, afirmando que são eles que passam mais tempo com o doente, desempenhado papel que vão além dos cuidados básicos, incentivam os utentes a aderir ao tratamento e elaborando planos

com intuito de proporcionar uma melhor qualidade de vida do utente. Concluindo que os cuidados prestados pelos enfermeiros são fundamentais para o conforto e promoção da saúde do utente, sendo que este profissional presta um cuidado holístico.

Outro aspeto que mereceu atenção está relacionado com as dificuldades que os enfermeiros enfrentam durante as prestações dos cuidados aos utentes, queixando-se da falta de recursos humanos que condicionam uma prestação de melhor qualidade, bem como falta de adesão por parte de alguns utentes ao tratamento, quando estes não aceitam a doença. Neste sentido, sabe-se que existem muitos profissionais com motivação intrínseca, que se esforcem para prestar um bom serviço e que questões como carências estruturais, número reduzido de pessoal ultrapassam as suas capacidades, sendo que estas questões são de responsabilidade da área administrativa do hospital. Quanto à questão falta de adesão ao tratamento por parte dos utentes, uma prática reflexiva é extremamente importante, pois a reflexão poderá lhes ajudar a encontrar soluções.

Relativamente aos objetivos traçados para o referido estudo, é de realçar que foram atingidos, tendo como suporte deste trabalho a pesquisa bibliográfica, dados estatísticos e a pesquisa no campo empírico. Na medida que o estudo ora apresentado revela informações pertinentes acerca da incidência da patologia no Hospital Baptista de Sousa que já abrange todas as faixas etárias. No início da investigação propus o seguinte objetivo: Identificar intervenções de enfermagem ao utente com IRC prestados pelos enfermeiros do HBS.

Os resultados das entrevistas apontam várias intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados aos utentes com IRC, das quais apresentam-se algumas: asseguram a adesão ao tratamento, orientam o utente na sua dieta alimentar, provem hábitos saudáveis, atuam na prevenção e controlo de sintomas, e ainda elaboram planos de cuidados visando uma melhoria na qualidade de vida do utente, neste sentido as intervenções dos enfermeiros do HBS vão de encontro com o que foi realçado no enquadramento teórico e observado durante o estágio naquela unidade.

Descrever as dificuldades dos enfermeiros do Serviço de Medicina na prestação de cuidados aos utentes com IRC foi um dos objetivos sugeridos, a presente investigação demonstra que os enfermeiros não apresentam muitas dificuldades em satisfazer as necessidades dos utentes, embora mencionam a falta de recursos humanos, carências estruturais e atitudes por parte de alguns utentes como sendo algumas limitações encontradas.

Verificar a importância da atuação do enfermeiro do Serviço de medicina do HBS nos cuidados ao utente com IRC, foi outro objectivo preconizado para o estudo sobre a IRC, com a análise das entrevistas, pode-se depreender a importância da atuação dos enfermeiros na prestação de cuidados, em que todos estão cientes da relevância dos seus papéis na prestação de um cuidado holístico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, fala-se muito em casos de pessoas com IRC, doença essa que outrora era pouco referida. Perante essa situação, achei oportuno investigar e aprofundar os conhecimentos acerca da patologia. Assim sendo, o trabalho partiu do propósito em analisar o contributo dos enfermeiros do Serviço de Medicina do Hospital Baptista de Sousa para melhoria da saúde do utente com Insuficiência renal crónica.

É de realçar que, quando os utentes chegam aos serviços de saúde já se encontram no nível em que a doença é irreversível. Todavia, a equipa de enfermagem tem de estar preparada para cuidar desses utentes, não só pela patologia, mas sim por todo o processo de saúde/doença que representa para os utentes e para a família, levando em conta que o enfermeiro tem como função intervir de modo que possa dar apoio, educação, orientação para que os utentes tenham capacidade de se auto cuidar.

Com a elaboração do trabalho, passei a ver a investigação científica numa outra perspetiva, a importância que o estudo tem para quem quer melhorar a sua prática, pois permite-nos adquirir conhecimentos essenciais, tomar decisões adequadas, no sentido de evoluirmos como profissionais, acompanhar os avanços da ciência, sobretudo na área da Medicina, em que muitas vidas humanas estão nas mãos dos enfermeiros.

Foi um trabalho enriquecedor, certamente permitiu-me aprofundar os conhecimentos numa área que atualmente tem suscitado preocupações, devido ao aumento de utentes com essa patologia.

É de realçar que durante o trabalho deparei com imensas dificuldades, principalmente na aquisição de bibliografias referentes ao tema e a resistência dos participantes em aderir às entrevistas. Com grande optimismo encarei cada dificuldade como um desafio e cada desafio uma oportunidade para aumentar os meus conhecimentos.

Apesar disso, considero que os objectivos preconizados foram atingidos, e verifiquei que houve alguma concordância entre a pesquisa bibliográfica e análise dos resultados das entrevistas, encontrando respostas as questões da investigação.

Deste modo, finalizo o estudo com satisfação, pelos conhecimentos adquiridos e ciente que há sempre mais por fazer em prol de uma prestação de serviços com mais qualidade.

### **Propostas**

- ❖ Aumentar recursos humanos no serviço para ir de encontro com as necessidades dos utentes;
- ❖ Proporcionar formações aos enfermeiros na área de Nefrologia;
- ❖ Ser o próprio enfermeiro a controlar a entrada das visitas a fim de evitar o fornecimento de alimentos contra indicados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adam, E., (s/d). *Ser enfermeira*. Lisboa, Etudes Vivantes.
2. Arone, E.M.; Philippi, L.S.; (2011). *Enfermagem médica-cirúrgica aplicada ao sistema renal e urinário*. São Paulo. Editora Senac
3. A Sociedade portuguesa de Nefrologia, (2015). Todos os anos surgem cerca de dois mil novos casos de doentes com IR. <http://www.portaldadiálise.com>
4. Barros et al. (2006). *Nefrologia: Rotinas, diagnóstico e tratamento*. 3 ed. Porto Alegre: Artes médicas.
5. Boff, L. (2004). *Saber cuidar ética humana compaixão pela terra*. 9º Edição. Petrópolis.
6. Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004). *Intervenção para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
7. Brunner, B.S.; Suddarth, D.S.; (2011). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 11 ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan.
8. CABRAL, M.V;. (2010) - A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa perante as Prescrições Médicas. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
9. Coelho, A.; Diniz, A.; Hartz, Z.; & Dussault, G. (2014). *Gestão integrada da doença renal Crónica: análise de uma política inovadora em Portugal*. Revista portuguesa de saúde pública, pp.69-79.
10. CUNHA, M. S.. (2009). Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. Revista Fisioterapia e Pesquisa. São Paulo, V.16, (2) p.155-60 Disponível: [www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/fpusp/v16n2/11.pdf](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/fpusp/v16n2/11.pdf) 12/4/17 as 11h

11. CUSPITI, A.; (2010). *Food Intake and nutritional status in stable hemodialysis patients. Renal failure.* Em 19/4/17 as 19 h. Disponível em [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)
12. DE, Wennberg.; A., Marr.; L. Lang., O'Malley.; S & Bennet. G.A. (2011). Gestão da doença: uma solução para a redução da despesa em saúde? Revista Portuguesa de Clinica Geral 2011; 27: 118-25, pp.123-125.
13. DIAGNOSTICO-Enfermagem de Nanda: Definições e classificação (2011), são Paulo, Art med.
14. DGS- Direção Geral de Saúde-Portugal (2011). Disponível em: [https://www.portaldadialise.com/Imgs/articles/article\\_1188/DGSIRC5.pdf](https://www.portaldadialise.com/Imgs/articles/article_1188/DGSIRC5.pdf) 13/05/17 às 15 h.
15. Erich, C.; Sokeland, J. (1985). Guia de Diagnostico e Terapêutica: Editora Fundação Calouste Gulbenkian.
16. Fermi, M. (2011). Diálise para enfermagem. Guia prático-2ªed. Rio de Janeiro. Guanabara koogan.
17. Fortin, M. (1999). Processo de investigação. Louvres Lusociência.
18. Fortin, Marie-Fabienne. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Louvres Lusociência.
19. Graça, A., (2012), Introdução à investigação científica: Guia para investigar e redigir, Mindelo, Edição da Universidade do Mindelo.
20. Grittem, L.; Meyer, M. G. (2006). Visita pré-operatório de enfermagem, percepções de enfermeiro de um hospital de ensino. Cogitare enferm.
21. Guyton, M. D.; Arthur e Hall, E. J. (2008). Tratado de Fisiologia Médica. Tradução de Bárbara de Alencar Martins. Rio de Janeiro. Elsevier.
22. Harrison. (2006). Medicina Interna (16ªed.,Vol.II). Rio Janeiro, Brasil: McGraw-Hill.

23. Hesbeen, W.; (2000). Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar. Lusociência 1ª edição.
24. Inquerito Brasileiro de diálise crónica (2014)  
Consultado:<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n1/0101-2800-jbn-38-01-0054.pdf> em 29/04/17 às 23:18
25. Lima, D.R. (2002). Nefrologia/urologia - insuficiência Renal Crónica. In Manual de Farmacologia clinica, Terapêutica e toxicologia. Rio de Janeiro, editora médica e científica, VI cap.16, p.490-92.
26. Ministério da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012 – 2016*. <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/238-plano-nacional-de-desenvolvimento-sanitario-vol-ii/file>
27. Ministerio de saúde (2010). PORTUGAL. MS. ACSS - Relatório de acompanhamento de atividade: hemodiálise. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
28. Monahan, F.D.; Sands, J.K.; Neighbors, M.; Marek, J.F.; Green, C.J. (2007). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Perspectivas de saúde e doença*. 8ª edição. Lusodidacta.
29. Machado, M. (2009). *Adesão ao regime terapêutico- Representações das pessoas com IRC*. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde. Universidade do Ninho. Braga.
30. Maldaner, C.; (2008). *Fatores que influencia a adesão ao tratamento na doença crónica: O doente em terapia hemodialitica*. Revista Gaucha de Enfermagem-29 (4): 647-53. Porto Alegre.
31. Maturana, H. (1999). *Emoções e linguagem na educação e na política*. Bello horizonte UFMG.
32. Marcelino, P.; Marum, S., Caramelo, N.; Alves, C.; Dias, C.; Alves, I. (2006). *Guia prático para a abordagem da insuficiência renal em cuidados intensivos*. Lusociência- Ed. Técnica e Científica. ISBN: 972-8930-26-7



33. Mira, A.R.; Garagarza, C.; Correia, F.; Fonseca, I.; Rodrigues, R. (2017). Manual de Nutrição e Doença Renal. *Editores: Associação portuguesa dos Nutricionistas*. Porto. ISBN: 978-989-8631-32-9
34. Morin, E. (1999). Amor poesia sabedoria 2º ed. Rio de Janeiro Bertrand Brasil.
35. Nightingale, F.; (2005). Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é. Loures Lusociência.
36. PAIS RIBEIRO, J. L. – Introdução à psicologia da saúde. Coimbra: Quarteto, 2007. ISBN: 989-558-045-2
37. Paúl, C.; Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. 1º edição. Editores Climepsi.
38. Perlemuter, L.; Quevauvilliers, J.; perlemuter, G.; Amar, B.; Aubert, L. (2000). *Anatomia e Fisiologia para os Cuidados de Enfermagem*. 2ª edição, Lusociência.
39. Phaneuf, M. (2001). Planificação de cuidados (Salgueira, trads) Coimbrã quarteto.
40. PHIPPS, J.; Wila, SANDS.K.Judith e MAREK, F. Jane (2003). *Enfermagem Medico Cirúrgico*. 6ª ed, Loures, Editora Lusociência.
41. Potter, P., Perry, A., (2006). Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos, 5 ed. Loures, Lusociência.
42. Prodanov, C.; F, E.; (2013). Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho académico, 2ª edição. Novo Hamburgo, universidade Feevale - Rio Grande do Sul, Brasil.
43. Bobbins e Cotran.(2006).Fundamentos de Patologia, 7º ed. Rio de Janeiro Editora Elsevier.
44. Robbins & Cotran. (2010). Patologia: bases patológicas das doenças, 8º ed. Rio de Janeiro. Editora Elsevier.
45. Santos, Z. (2011). Hipertensão arterial: um problema de saúde pública (editorial) Revista brasileira de promoção da saúde, 24 (4), p.285-86.

46. Seeley, R. R.; Stephens, T. D.; & Tate, P. (2008). Anatomia & fisiologia. 8ªed. Lusociência.
47. SIMÃO, A. R.E.;(2009) Adesão às Prescrições/Recomendações Médicas por parte de Idosos Institucionalizados e em Centros de Dia: um estudo exploratório. Lisboa: Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, apresentado na Universidade de Lisboa.
48. Schaffler, Arone. Menche, Nicole. (2004). Medicina interna e cuidados de Enfermagem. Loures, Lusociência. ISBN: 972-8383-78-9
49. SILVA,W.V.; Nakata, S. (2005). *Comunicação uma necessidade percebida no período pré-operatório do paciente cirúrgico*. Rev. Bras- enferm. Vol.58, Brasília.
50. STEVENS, P. (2007). *Chronic kidney disease management in the United Kingdom: Neerica project results*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17440495> em [16/05/17](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17440495) 16h.
51. Sousa, M., Batista, C., (2011), Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios, Lisboa, Pactor.
52. SUZUKI, M. (2012). Effects of anemia correction by erythropoiesis-stimulating agents on cardiovascular function in non-dialysis patients with chronic kidney disease. **International Heart Journal**. 53(4) 4 238-43. (Consultado em 16/06/2017). Disponível. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22878802](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22878802)
53. Streubert, H.; Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Porto Lusociência.
54. Terra, Fábio et al. (2010). Adesão ao tratamento farmacológico de uso diário em pacientes renais crónicas submetidos á hemodiálise. Revista Brasileira- Clinica médica 8 (2): 119-24.
55. Tomey, A.M. (2002). *Virgínia Henderson definição de enfermagem in A.M.Tomey E.M.R. Alligood, Teorias de Enfermagem e a sua Obra (modelos e teorias de Enfermagem)*. 5º ed. Loures Lusociência.
56. Thomas, C.; Alchieri, J.(2005). *Qualidade de vida, depressão e caraterísticas de personalidade em pacientes submetidos a hemodiálise*. Avaliação psicológica. 4 (1): p57-64.

57. Urden, L.D.; Stacy, K.M.; Lough, M.E. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenções*-5ª ed. Lusodidata. ISBN: 978-989-8075-08-6
58. Waldow, V.R. (1998). *Saberes e fazeres de enfermagem contemporânea*. Portalegre: artes médicas.
59. Wingaaden; Smith; Bennett. (1993). CECIL: *Tratado de Medicina Interna*. 19ª edição. Guanabara Koogan.
60. Zobali, E.L.P.; Schveitzer, M. C. (2013). *Valores de enfermagem como prática social*. Rev. Latino-Artmed. Enfermagem.
61. ZADRAZIL, J.; HORAK, P.(2014) - Pathophysiology of anemia in chronic kidney diseases: a review. **Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacký, Olomouc, Czechoslovakia.** (2) 10.5507/bp.2013.093. 16/06/2017  
Disponível em: <http://biomed.papers.upol.cz/corproof.php?tartkey=bio-000000-0739>

## **APÊNDICES**

### Apêndice I - Diagnostico Nanda/Intervenções de Enfermagem NIC

NHF Afetados	Caraterísticas Definidoras	Fatores relacionados	Intervenções de Enfermagem NIC
Nutrição alterada	Ingestão inadequada de alimentos	Factores biológicos	Identificar a dieta prescrita. Orientar o paciente sobre alimentos proibidos e permitidos
Volume de líquido excessivo	Caracterizado por edema	Relacionado ao mecanismo regular comprometido	Monitorar os níveis de electrolíticos. Realizar balanço hídrico. Pesar o paciente em jejum diariamente.
Ansiedade	Caraterizada por medo e Angustia	Mudanças no estilo de vida	Ajudar o paciente a identificar situações de ansiedade. Criar uma atmosfera que facilita a confiança.
Intolerância a atividade	Caracterizada por dispneia de esforço	Fraqueza generalizada	Monitorar os sinais vitais antes e após exercícios. Proporcionar terapia ocupacional.
Baixa auto estima	Dificuldade para tomar decisões	Mudanças do estilo de vida	Encorajar o paciente a identificar os seus pontos positivos. Transmitir confiança na capacidade do paciente para lidar com as situações.
Angustia espiritual	Carateizada por alteração de	Intenso sofrimento	Manifestar empatia com os sentimentos do paciente. Encorajar o

	comportamento		uso de recursos espirituais.
Processo familiar alterada	Incapacidade para adaptar as mudanças	Mudanças fisiológicas	Promover uma relação de confiança com a família. Orientar a família em relação ao local de prestação de cuidados. Encaminhar para a terapia familiar.

## Apêndice II- Requerimento da Coordenação do Curso de Enfermagem

*Requero a favor da Superintendente de enfermagem  
se possa atribuir a Enfermeira chefe dos  
Medicina - Dr. Bnt 2017/4/3*

*Delonzaed  
por comprometimento à enfer  
chefe de medicina.*

Exma. Senhora Diretora  
Hospital Dr. Baptista de Sousa  
Dra. Ana Brito

Mindelo, 31 de Março de 2017

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Dilva Sousa Fortes, aluna nº 3085 do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, vem por este meio mui respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento esta a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema "Assistência de Enfermagem a utentes com insuficiência renal crónica". O referido trabalho tem como objetivo geral analisar o contributo dos enfermeiros do serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa para melhoria da saúde do utente com insuficiência renal crónica. Os objectivos específicos: identificar intervenções de enfermagem ao utente com insuficiência renal crónica prestados pelos enfermeiros do serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa;

Descrever as dificuldades dos enfermeiros do serviço de medicina na prestação dos cuidados aos utentes com insuficiência renal crónica;

Verificar a importância da atuação do enfermeiro do serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa nos cuidados ao utente com insuficiência renal crónica.

Nesse sentido vem por este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha das informações necessárias junto aos enfermeiros do serviço de medicina.

Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento,


Subscreve-se com a mais alta consideração, na expectativa de uma resposta favorável,

A requerente,

Dilva Sousa Fortes

/ Dilva Sousa Fortes /

Sousadilva@hotmail.com  
mov. 9968321

  
MINDÉLO

Tornei conhecida  
D. Ana Brito

### **Apêndice III-Termo de consentimento livre e esclarecimento**

No âmbito do trabalho de conclusão de curso da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo a aluna, Dilva Sousa pretende realizar um estudo intitulado Assistência de enfermagem a utentes com insuficiência renal crónica. Neste sentido, gostaria de ouvir as suas opiniões sobre o tema em estudo pelo que se solicita a sua participação para o mesmo.

Informa-se que a sua participação na investigação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento. A sua tarefa consiste em responder algumas questões pelo que as suas respostas sinceras serão de mais-valia para o desenvolvimento do estudo.

Informa-se ainda, que as respostas serão gravadas em áudio, e usadas somente neste estudo pelo que o material colhido será destruído após o uso no estudo. Garante-se ainda a confidencialidade dos dados colhidos e a garantia do anonimato tanto no decorrer e como após o estudo.

O estudo não comporta qualquer risco, porém, no que diz respeito às vantagens poderá analisar o contributo dos enfermeiros do serviço Medicina do Hospital Baptista de Sousa para melhoria da saúde do utente com insuficiência renal crónica. Este documento apenas deverá ser assinado no caso de todas as suas dúvidas referentes à participação no estudo já tiverem sido esclarecidas. E caso houver alguma dúvida e necessite de alguma explicação não hesite em perguntar antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura no presente documento representa seu consentimento para participação.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que aceito participar no estudo por minha livre e espontânea vontade.

Mindelo, ----- de 2017

-----  
Assinatura do pesquisador

*/Dilva Sousa fortes/*



## **Apêndice IV-Guião de Entrevista**

### **Caraterização Geral**

1. Sexo- Feminino- \_\_\_\_ Masculino- \_\_\_\_

2. Idade- \_\_\_\_\_

3. Habilitações Académicas- \_\_\_\_\_

4. Tempo de serviço- \_\_\_\_\_

1 - O que significa insuficiência renal?

2 - Já ouviste falar de insuficiência renal crónica (IRC)? Se sim, define IRC?

3 - Que cuidado o enfermeiro(a) presta aos utentes com IRC neste serviço?

4 - Que estratégias você usa para ajudar o utente com IRC a aderir ao tratamento?

5 - Neste serviço quais são as maiores dificuldades que o enfermeiro depara ao cuidar do utente com IRC?

6 - Você sente alguma dificuldade em satisfazer as necessidades do utente com IRC? Se sim quais são as maiores dificuldades encontradas?

7 - Na sua opinião, existe algum aspeto que poderia ser melhorado durante a prestação dos cuidados?

8 - Qual é a importância da atuação do enfermeiro (a) do serviço de medicina na assistência ao doente com IRC?

9 - Neste serviço, existe enfermeiros especializados na assistência ao doente com IRC?

10 - Na sua opinião, o número de enfermeiros que trabalham neste serviço é suficiente para satisfazer as necessidades dos indivíduos com IRC? Caso seja insuficiente qual a sua opinião neste sentido?

11 - Há mais algum aspecto que quer acrescentar sobre IRC?

Muito obrigada pela sua colaboração!

## Apêndice V- Cronograma

	Atividades de tarefas	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	junh	Julh
Fase inicial	Escolha do tema										
	Pergunta de partida e justificativa										
	Objetivo										
	Hipóteses										
	Escolha de abordagem										
	Construção do problema										
	Enquadramento teórico										
	Apresentação do projeto										
Fase de Exeução	Procedimento ético										
	Iniciar a investigação										
	Recolha de informação										
	Interpretação dos resultados										
Fase Final	Interpretação da introdução										
	Considerações Finais Propostas										
	Resumo										
	Envio do TCC ao orientador										
	Entrega final do TCC										